

Hva er utagerende atferdsvansker hos barn og hvordan kan Parent Management Training (Oregon-modellen) bidra til å redusere atferdsvanskene?

Hilde Volden



Master i pedagogisk psykologisk rådgivning

Pedagogisk Forskningsinstitutt

Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2014

© Hilde Volden

2014

Hva er utagerende atferdsvansker hos barn og hvordan kan Parent Management Training (Oregon-modellen) bidra til å redusere atferdsvanskene?

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

SAMMENDRAG AV MASTEROPPGAVEN I PEDAGOGIKK

TITTEL: Hva er utagerende atferdsvansker hos barn og hvordan kan Parent Management Training (Oregon-modellen) bidra til å redusere atferdsvanskene?	
AV: Hilde Volden	
EKSAMEN: Master i pedagogikk Studieretning: Pedagogisk-psykologisk rådgivning	SEMESTER: Høst 2014
STIKKORD: Atferdsvansker Sosialinteraksjonistisk læringsteori Behandlingsprogram Oppdragelsesferdigheter Familiesamspill	

Sammendrag

Denne oppgaven dreier seg om barns utagerende atferdsvansker og jeg har ønsket å studere faktorer rundt utvikling og opprettholdelse av disse. Som tiltak som kan redusere atferdsvansker har jeg valgt å belyse hvordan den evidensbaserte foreldrebehandlingen PMTO kan bidra til å redusere barnas atferdsvansker. Problemstillingen i oppgaven er som følger:

Hva er utagerende atferdsvansker hos barn og hvordan kan Parent Management Training (Oregon-modellen) bidra til å redusere atferdsvanskene?

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å starte med å trekke frem ulike definisjoner og diagnoser relatert til begrepet atferdsvansker. Atferdsvansker er et begrep som reflekterer at et individs atferd avviker i forhold til forventet atferd av jevnaldrende. Diagnosemanualer som DSM-IV og ICD-10 er presentert men også omfang av vansker som ikke inngår i diagnosene er belyst. Det er lagt vekt på å forstå både kontekstuelle og individuelle faktorer ved utvikling og opprettholdelse av vanskene, da i form av risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer.

Oppgaven er en litteraturstudie. Eksisterende teori og tidligere forskningsfunn er presentert for å belyse problemstillingen. Det finnes ulike tiltak for behandling og forebygging av atferdsvansker hos barn. Metoden som er valgt, Parent Management Training Oregon (PMTO) er en av de mest anerkjente metodene for å redusere barns atferdsvansker. Kliniske forskningsdata utgjør grunnlaget for å kalle den enten empirisk basert, eller evidensbasert. Metoden er utviklet av Patterson og hans kollegaer ved Oregon Social Learning Center i Oregon, USA. Metoden er utviklet på bakgrunn av Pattersons sosialinteraksjonistiske teori som antar at barns atferdsvansker utvikler og opprettholder seg som følge av et negativt samspill med deres nærmeste relasjoner, da fortrinnsvis foreldrene. Forsterkningsbetingelser, i form av “belønning” for negativ atferd og lite forsterkning av positiv atferd, i form av et tvingende handlingsmønster, er hovedessensen i hvordan dette utvikler seg.

Metoden er implementert og bygget ut i behandlingstilbudet i Norge siden 1999. I denne oppgaven belyses flere norske studier som er gjennomført siden implementeringen. Disse studiene viser at PMTO fører til en signifikant reduksjon i barnas utagerende atferd. Samtidig bedres foreldreferdigheter i form av mer hensiktsmessig bruk av grensetting, samspillet og familiemiljøet blir mer positivt og lærere rapporterer om en økning i sosiale ferdigheter hos barna. Særlig gjelder dette for barn under 8 år og barn som har særlig store atferdsutfordringer

ved oppstart av behandling. Arbeidet med å studere hvem terapien virker for og hvilke mekanismer som fører til at den virker er også godt i gang. Men fortsatt er det imidlertid behov for mer forskning for å avdekke de tilfellene som ikke har langvarig effekt av behandlingen.

Forord

Da dette prosjektet startet opp føltes oppgaven stor. Det finnes mye litteratur om temaet, noe som gjorde arbeidet med å velge rett og evidensbasert hensiktsmessig litteratur en utfordring. Motivasjonen og engasjementet mitt har likevel vært stort for å lære mer om temaet. Etter mange timer med oppturer og nedturer, svette, tårer og glede, sitter jeg igjen med større innsikt og god forståelse for atferdsvansker hos barn, familiedynamikk, foreldrepraksis og familiebehandling som metode. Jeg har funnet et område jeg vil jobbe videre med, og jeg gleder meg til å kunne ta fatt på et nytt kapittel hvor jeg får bruk for denne kunnskapen i arbeidslivet. Den nye innsikten har allerede kommet til gode i livet mitt da jeg har lært mye om god foreldrepraksis gjennom dette arbeidet. Da jeg selv er mor har dette kommet både meg og min datter til gode ettersom jeg har blitt mer bevisst på viktige komponenter i god foreldrepraksis, selv om komponentene i behandlingen er særlig tilpasset barn med atferdsvansker.

Gunnar Bjørnebekk ved atferdssenteret har raust delt av sin kompetanse og forskningslitteratur med meg. Han har sørget for å gi meg gode tilbakemeldinger og motivasjon slik at denne oppgaven har kom i land. Det er jeg takknemlig for.

Jeg må rette en takk til min studievenninne Anne Linn Kopperud. Det har vært veldig hyggelig og delt denne prosessen med deg. Takk for gode råd og innspill og for mange faglige, og også ikke-faglige samtaler. Lise Annette Brodshaug fortjener også en takk som den gode venninna mi hun er, for hele tiden å ha pushet meg og trodd på meg. Til sist, men ikke minst, vil jeg spesielt takke min familie som har vært en helt uvurdelig hjelp til å få dette prosjektet i land i en hektisk hverdag. Det har vært helt avgjørende og jeg er evig takknemlig. Jeg er veldig glad for all den hjelpen jeg har fått av dere. Takk til mamma, pappa og Ina.

Og Nora Sofie: denne oppgaven er til deg!

Oslo, 7 desember 2014

Hilde Volden

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	9
1.1	Innledning.....	9
1.2	Problemstilling.....	10
1.3	Oppgavens inndeling	11
2	Hva er atferdsvansker.....	12
2.1	Definisjon av atferdsvansker	12
2.1.1	Eksternaliserende og internaliserende atferdsvansker.....	13
2.1.2	Kjennetegn ved barn som har atferdsvansker	14
2.2	Diagnose - når atferdsvanskene blir alvorlige	15
2.2.2	Følger av diagnoser	19
2.3	Forekomst av atferdsvansker	20
3	Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer	22
3.1	Definisjon	22
3.2	Individuelle faktorer hos barnet.....	23
3.2.1	Fysiologiske risikofaktorer.....	23
3.2.2	Temperament og personlighetstrekk	23
3.2.3	Hyperaktivitet.....	24
3.2.4	Kognitive faktorer	25
3.2.5	Sosial kompetanse	25
3.3	Faktorer innad i familien	26
3.4	Faktorer i barnehage, skole og lokalmiljø	30
3.5	Samspillet mellom risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer	32
4	Sosialinteraksjonistisk læringsteori.....	34
4.1	Patterson og bakgrunnen for Social Learning Interaction Theory	34
4.2	Social Interaction Learning Theory	35
4.2.1	Aversive hendelser og tvingende samspill	36
4.2.2	Videreutvikling av antisosial atferd	38
5	Parent Management training	40
5.1	Hensikt og mål.....	40
5.2	Behandlingens ramme og varighet	42
5.3	Behandlingens oppstart og struktur	42

5.4	Behandlingens innhold	44
5.4.1	Gode og tydelige beskjeder	45
5.4.2	Læring gjennom ros, oppmuntring og belønning	47
5.4.3	Grensesetting og disiplin	48
5.4.4	Tilsyn	51
5.4.5	Problemløsning	52
5.5	Oppsummering	54
6	Den terapeutiske prosessen – suksesskriterier og utfordringer	56
6.1	Utfordringer i familier med atferdsvansker – underliggende faktorer	56
6.2	Oppstarten av behandlingen – følelser, forventninger og samarbeidsallianse	58
6.3	Motstand i behandlingen	60
7	PMTO – evidensbasert metode og resultater	64
7.1	Evidensbasert metode	64
7.2	Internasjonal forskning	65
7.3	Forskning på PMTO i Norge	67
7.3.1	Individuell intervensjon	67
7.3.2	Ett-års oppfølgingsstudie	68
7.3.3	Gruppeintervensjoner	69
8	Drøfting av studiene	72
9	Oppsummering	75
	Litteraturliste	77
	Vedlegg	82

1 Innledning

1.1 Innledning

Gjennom oppdragelse og utdanning skal barn og unge vokse opp til å bli selvstendige og sosiale individer som kan tilpasse seg og videreføre samfunnet de er endel av.

Oppdrageroppgaven er uungåelig for enhver voksen som møter barn og unge. Noen barn er lettere å oppdra enn andre, og noen barn har lettere for å tilpasse seg de sosiale systemene rundt seg enn andre. Få barn lar seg likevel ikke oppdra uten å stille spørsmål og vise motstand ved regler og grenser. For å lære må grensene prøves og opponering er en del av utviklingen mot et selvstendig liv. Foreldre takler dette på ulike vis. Oppdragerrollen er unngåelig, dog ingen enkel oppgave.

Hos noen barn utvikler opponering og utprøving av de voksnes grenser seg til å bli et mønster av trassig og oppopperende atferd som faller utenfor det som er allment akseptert. Det skaper problemer for barna selv, men også for familien og andre personer i skole og nærmiljø, feks i klasserommet. Disse barna viser ofte former for aggresjon og usosial atferd. Dette viser seg i form av trass, ulydighet og provoserende atferd som banning, ødelegge lek, lyving, hyling, slag og spark, nekte å følge ordre, stjeling, slåssing, rømming etc. Dersom atferden medfører store problemer for barnet og dets omgivelser kaller vi det for atferdsproblemer.

Atferdsproblemer er den vanligste psykiske lidelsen hos barn og unge i Norge (Norges Forskningsråd 1998). Flere nordiske undersøkelser viser at ca 10 % av elevene har problemer som er så alvorlige at de kan sies å ha utviklet atferdsvansker eller at de kan sies å befinne seg i risikozonen for utviklingen av slike (Ogden 2009). Alvorlige atferdsproblemer representerer en risikofaktor for fremtidige vansker som avbrutt skolegang, rusmisbruk, kriminalitet, psykiske lidelser, helseproblemer, dårlig tilpasning til arbeidslivet, familieproblemer samt høyere dødelighet (Ogden 2010). Atferdsproblemer som ikke blir behandlet har en tendens til å være stabile gjennom oppveksten. Det forventes, ut fra studier, at omlag halvparten av de som har atferdsproblemer i barnealder fortsatt har det i ungdomsalder (Norges forskningsråd 1998). Det er derfor viktig å innhente kunnskaper om årsaker til at barn utvikler slike vansker, og hva slags tiltak/behandling som kan hjelpe disse barna.

Årsakssammenhengen til barns atferdsvansker viser seg å være multi-determinerte, hvilket betyr at det er et samvirke mellom miljøfaktorer og arvelig disponering. Det finnes altså ingen klar årsaksforklaring alene til hvorfor barn utvikler atferdsproblemer, men ulike beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer viser hvilke biologiske og miljømessige forhold som virker sammen og påvirker hverandre i en fremmende eller hemmende utviklingsbane. Når det gjelder beskyttelsesfaktorer viser forskning at tilknytningsrelasjoner, god oppdragelseskompetanse og gode familierelasjoner virker positivt for å unngå utvikling eller eskalering av atferdsproblemer (Ogden, 2009). Behandling som fokuserer på familien; foreldrene og deres oppdragelsesferdigheter og -evner til å danne positive relasjoner og tilknytning, kan derfor se ut til å være sentralt i behandlingen av atferdsproblemer. Foreldreprogrammet Parent Management Training – Oregon-modellen (PMTO) er et av flere evidensbaserte foreldretiltak som gjennom det siste tiåret har blitt implementert i Norge. Det er et foreldrebehandlingsprogram utviklet av Gerald Patterson i USA. Ifølge Gerald Patterson er manglende foreldreferdigheter en av de viktigste årsakene til forekomsten av atferdsproblemer hos barn (Patterson, Reid & Eddy, 2002). Behandlingsprogrammet er basert på Patterson's sosial-interaksjonistiske læringsteori der barns atferdsvansker utvikles og opprettholdes i samhandling med voksne gjennom hyppige og eskalerende konflikter. Programmet tar sikte på å bedre betingelsene for godt samspill og å redusere uheldige samspill mellom foreldre og barn. Virkemidlene er hentet fra atferdsmodifikasjon hvor ønsket atferd forsøkes økt ved forsterkningsbetingelser som ros og belønning. Utgangspunktet er at all atferd er lært og kan avlæres gjennom riktige forsterkningsbetingelser. Ved konsekvent bruk av belønning og konsekvenser økes sannsynligheten for at barnet vil gjenta ønsket atferd og minske uønsket atferd. På den måten læres også barnet sosiale ferdigheter det kan bruke i samspill med andre mennesker. Det er foreldrene som gjennomgår en endringsprosess for å legge til rette for endringen hos barnet. PMTO er godt dokumentert gjennom internasjonale, og etterhvert nasjonale, studier og oppfyller kravene til å bli omtalt som en evidensbasert metode.

1.2 Problemstilling

Jeg vil i denne oppgaven forsøke å besvare følgende problemstilling:

Hva er utagerende atferdsvansker hos barn og hvordan kan Parent Management Training (Oregon-modellen) redusere barnas atferdsvansker?

Underspørsmål jeg vil besvare er:

- Hvordan kommer atferdsvansker seg til syne hos barn og hvordan definerer vi atferdsvansker?
- Hva lærer foreldrene i behandlingen og hva ligger til grunn for denne behandlingen?
- Hvilke faktorer ser ut til å reduserer barnas atferdsvansker
- Hvilke faktorer påvirker behandlingsresultatet ytterligere?

Oppgaven er begrenset til å handle om atferdsvansker av utagerende (eksternaliserende) karakter for barn. Hovedfokuset er rettet mot forskning utført i Norge og jeg har sammenstilt dette med internasjonale funn. Oppgavens problemstilling blir besvart gjennom en teoretisk gjennomgang av litteratur og forskning. Metoden i denne oppgaven er litteraturstudie.

1.3 Oppgavens inndeling

I kapittel 2 beskriver jeg hvordan atferdsvansker hos barn og unge er definert og hvilke diagnoser man har for slike vansker. Jeg kommer inn på hvordan denne atferden kommer til uttrykk, hvilket omfang slike vansker har og hvilke konsekvenser det har for barnet selv og dets omgivelser. Kapittel 3 tar for seg hvilke faktorer som kan føre til slike vansker. Jeg beskriver individuelle faktorer og miljømessige faktorer i familien, i barnehage og skole. Tilslutt beskriver jeg samspillet mellom de ulike faktorene. I kapittel 4 tar jeg for meg den teoretiske bakgrunnen til PMTO- behandling som er utarbeidet av Gerald Patterson. Sosialinteraksjonistisk teori blir presentert og videre hvordan denne teorien ser på hvordan atferdsvansker utvikler seg. I kapittel 5 tar jeg for meg PMTO-metodens innhold, hvilke komponenter den består av og hvilke ferdigheter foreldrene lærer i programmet. I kapittel 6 tar jeg for meg noen utfordringer man finner i familier med atferdsvanskelig atferd og metodens terapeutiske prosess. Terapeutens rolle og oppgave i samarbeidsalliansen blir her belyst. Her kommer jeg inn på hvilke virkemidler terapeuten har for å møte utfordringer foreldrene kan ha i behandlingsprosessen. Kapittel 7 tar for seg forskning på metoden i Norge. I kapittel 8 drøftes studienes resultat opp mot oppgavens problemstilling. Tilslutt oppsummerer jeg oppgaven i kapittel 9.

2 Hva er atferdsvansker

2.1 Definisjon av atferdsvansker

Alle barn kan opponere, nekte å følge regler og være utfordrende i ulike situasjoner. Det er normalt og er endel av utviklingen til å bli et selvstendig menneske. Det kan derfor være utfordrende å definere atferdsproblemer, fordi grensene mellom akseptabel og uakseptabel, normal og unormal atferd iblant kan være diffuse (Ogden, 2009). Det er likevel når atferden utvises i upassende situasjoner og i et uhensiktsmessig omfang, at den betraktes som avvikende. Uttrykket sosiale og emosjonelle er en samlebetegnelse for ulike type atferdsvansker og dekker et stort omfang av vansker barn kan ha, da de henviser til at vanskene kan være både av sosial og emosjonell art (Haugen, 2008). Tilpasningsvansker, atferdsvansker, depresjon, angst, psykososiale problemer og antisosial atferd er noen eksempler på atferdsproblemer barn kan ha (Ogden, 2009). Atferdsvansker hos barn utgjør et vidt spekter av utfordrende atferd, som spenner fra irriterende, men relativt mild opposisjonell atferd til mer alvorlige former for antisosial atferd. Noe av årsaken til at vi har flere begreper skyldes at atferdsproblemer defineres forskjellig i ulike fagdisipliner (Nordahl et al., 2005). De ulike betegnelse overlapper hverandre, men er samtidig noe forskjellig når det gjelder hvilken karakteristika ved atferden de legger vekt på.

Atferdsvansker kan defineres som atferd som over tid preges av et mønster av antisosiale handlinger i hjem, skole/barnehage og nærmiljø. Det dreier seg om i hvor stor grad barnets atferd bryter med gjeldende regler, normer og forventninger i samfunnet (Ogden, 2009). Vi ser av definisjonen at atferdsproblemer er et fenomen som ses i forhold til forventninger om gjeldende normer for normal atferd. Atferdsproblemer er et relativt begrep som må ses i forhold til den kontekst den opptrer i og hva som anses som normalt og akseptert og hvem som gjør vurderingen. Hva som er gjeldende normer for normalt varierer fra kultur til kultur, og fra kontekst til kontekst. For eksempel forventes det i klasserommet at elevene klarer å sitte stille og å høre etter, mens i friminuttene er ikke den samme atferden forventet. Da er det nærmest forventet at barna skal ut å røre seg og leke. Det kommer også an på hvilke oppfatninger og bakgrunn de personer som vurderer barna har. Hvilke kunnskaper, holdninger og avvikstoleranse den vurderende personen har, spiller en rolle for hvordan atferden til barna blir vurdert. Atferdsproblemer er et relativt begrep hvor ulike oppfatninger, kontekster og

kultur spiller en rolle for hvordan det blir definert, noe som spiller en rolle for hvilke barn som oppfattes å ha atferdsproblemer eller ikke. Felles for barn med atferdsvansker er at deres sosiale atferdsmønster avviker fra samfunnets norm om normal og akseptabel atferd.

Atferdsproblemer dreier seg om at atferden klart forstyrrer og hemmer barnets egen læring og utvikling og skaper problemer for andre (Ogden, 2009). Det må altså forstyrre barnets fungering og skape problemer i samspillet med andre. Barnet klarer i mindre grad å inngå i utviklingsfremmende aktiviteter. Når barnet skaper problemer for andre skaper det som regel også problemer for seg selv, da det bidrar til å forringe relasjonen det har til andre mennesker.

2.1.1 Eksternaliserende og internaliserende atferdsvansker

Atferdsvansker kan grovt sett deles inn i to grupper; Eksternaliserende og internaliserende atferdsvansker, også kalt utagerende og innagerende atferdsvansker. Selv om de internaliserte og eksternaliserte problemene fortøner seg og fremtrer ulikt hos barna er de ofte relatert til hverandre. Barn kan også ha sammensatte vansker og kan opptre med ulik type atferd i ulike situasjoner. Eksempler på innagerende vansker er depresjon, angst, fobier og selvskading. Vanskene er som navnet tilsier ofte rettet innover. Eksternaliserte vansker er mer synlige for omverden og gir seg utslag i utfordringer i det sosiale samspillet med andre mennesker ved at barnet utagerer verbalt eller fysisk. Eksempler på slik agering er slå, sparke, lugge, hyle, nekte å følge regler, vold og kriminalitet. Utfordringene og problemene for omgivelsene, og de individuelle konsekvensene i et livsløpsperspektiv, er mer omfattende i forbindelse med de utagerende atferdsproblemene (Ogden 2009). Ubehandlete utagerende atferdsvansker kan resultere i senere vansker som medfører ikke fullført skolegang, plassering i fosterhjem, kriminell løpebane, rusmisbruk og psykiske vansker (Amlund-Hagen & Ogden, 2008; Webster-Stratton & Reid, 2010). Atferdsvansker av denne typen fører ofte til utfordringer i de relasjoner barnet har rundt seg. Det innebærer en risiko for å utvikle en negativ sirkulær relasjon til andre mennesker. Den negative sirkulære relasjonen innebærer at barnet har en utfordrende atferd som tiltrekker seg negativ oppmerksomhet og utgjør vansker i samspillet med andre mennesker. De klarer ikke å tilpasse seg i sosiale situasjoner, noe som lett fører til irritasjon, frustrasjon og oppgitthet hos menneskene som møter barnet. Barnet står i fare for å tiltrekke seg negativ oppmerksomhet og dermed blir de også mindre positivt forsterket for ønsket atferd. Dette igjen resulterer i mer utagering fra barnet. Barnets atferd bidrar til å hindre positiv samhandling på grunn av de negative relasjonene og konfliktene de kommer

opp i. Det kreves årvåkenhet og kunnskap for å hindre en slik utvikling hos barn som viser lav sosial tilpasning. Jeg vil i denne oppgaven konsentrere meg om utagerende atferdsvansker hos barn på grunn av utfordringene i barnets samspill med og i utvikling av relasjoner med andre i deres omgivelser.

2.1.2 Kjennetegn ved barn som har atferdsvansker

Det som kjennetegner de utagerende barna er at de mangler impulskontroll, er ulydige og opptrer aggressivt mot både barn og voksne. De bruker gjerne aggressive handlinger for å skaffe seg noe de ønsker eller for å kontrollere andre. Dersom dette oppnås bidrar det til å forsterke den aggressive atferden ytterligere. De har ofte underutviklet selvkontroll for mestring av stress og frustrasjoner og de havner ofte i konflikter med andre som følge av dette. I tillegg til å fremvise eksplosive reaksjoner viser de manglende mottakelighet for både positive og negative konsekvenser av sine handlinger (Ogden, 2009). Dette kan føre til at de går glipp av verdifulle erfaringer knyttet til positive relasjoner med andre og situasjoner med potensiale til å utvikle deres sosiale ferdigheter. Det er et mål at barn skal lære seg sosial kompetanse og lære å seg å tilpasse seg ulike sosiale situasjoner, som å følge ulike sosiale spilleregler og tilpasse seg rutiner i hjem, barnehage og skole. Tilpasningen dreier seg om at de skal lære seg å kontrollere deres atferd og reaksjoner og om å videreutvikle sin sosiale kompetanse. Dette er for eksempel å lære seg til å vente på tur, lytte mens andre snakker og ikke avbryte, dele på leker, starte en samtale, tre inn i en sosial gruppe, vise empati og kunne trøste, hjelpe andre og vise tillit. Det innebærer også å kunne arbeide selvstendig. Dette fører til positiv tilpasning (Solholm, 2014; Ogden, 2009). Det er det disse barna ofte mangler.

Det opereres med endel begreper innen atferdsvansker som antisosial atferd, opposisjonell atferd og aggressiv atferd. Jeg vil kort nevne noen av de før jeg presenterer de diagnosefunderte karakteristikkene.

Antisosial atferd refererer til ..”all atferd som gjør vold på sosiale regler og normer og som er fiendtlige og krenker andres rettigheter” (Solholm, 2014:21). Definisjonen har mange av de samme aspektene som diagnosen atferdsforstyrrelse men antisosial atferd kan opptre i både mild og alvorlig grad. Atferden er det motsatte av prososial, som er evnen til å følge aksepterte sosiale normer og å tilpasse seg i en gruppe med gjensidig vekselvirkende atferd. Antisosial atferd må ses i forhold til hvilke forventninger man har til aldersadekvate barn. Stjeling, lyving og lovbrudd er også inkludert i begrepet og termen antisosial atferd omfatter

ulike former for opposisjonell og aggressiv atferd. Antisosial atferd er ikke det samme som atferdsvansker, men det innebærer en sårbarhet i det sosiale samspillet ved at barnet har lave sosiale ferdigheter (Solholm, 2014).

Opposisjonell atferd omfatter når barnet gjør motstand overfor omsorgspersoner. Dette gjelder både passiv og aktiv mangel på samarbeid og innordning fra barnets side.

Opposisjonell atferd er et generelt begrep om opponering og motreaksjoner av barn og må ikke forveksles med opposisjonell atferdsforstyrrelse som er den kliniske diagnosen hvor atferden vedvarer over tid og er mer alvorlig og omfattende (Solholm, 2014).

2.2 Diagnose - når atferdsvanskene blir alvorlige

Atferdsproblemer, atferdsvansker og atferdsforstyrrelser er begreper som ofte brukes om hverandre. For å klargjøre i begrepsbruken er atferdsproblemer og atferdsvansker generelle betegnelser på typer problematferd et barn kan ha, enten om det er i mild eller alvorlig form. Alvorlige atferdsvansker er et uttrykk for store atferdsavvik som anses som klart utenfor normal atferd og når de blir av et omfang som går utover barnets utvikling og normale tilpasning blir disse problemene diagnostisert som en form for atferdsforstyrrelse (Solholm, 2014). Når vanskene omtales som alvorlig er det for å skille den vanlig og forbigående atferdsvansker som oppstår i barndommen. Alvorlig brukes for å vise til at enkelthendelser er av alvorlig grad, som feks lovbrudd, grove krenkelser eller overgrep. Alvorlig viser også til at enkelthendelser i sum utgjør et omfang som skiller seg klart fra normale forventinger. Når enkelthendelsene er stabile over tid gir de et atferdsmønster som er grunn til stor bekymring. Diagnosene innebærer et gjentakende og vedvarende mønster av aggressiv og utfordrende atferd. Dette er atferd som ikke bare lager uro og forstyrrer samhandlingen mellom barn og voksne, den forstyrrer også selve relasjonen til andre, som nevnt tidligere i oppgaven. Alvorlige atferdsproblemer omtales gjerne som atferdsforstyrrelse eller antisosial atferd (Nordahl, 2005). Formell diagnose settes av lege, psykiater eller psykolog (Ogden, 2010).

Det brukes idag to diagnosesystemer, hvor det ene er International Classification of Diseases, 10. utgave (ICD-10) som utgis av Verdens Helseorganisasjon. Den andre har den amerikanske psykiaterforeningen utarbeidet og heter Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder,

4 og 5 utgave (DSM-IV og DSM-5) (Askeland et al, 2014). Den 5. utgaven kom i 2013. I Norge bruker spesialisttjenesten ICD-10, med DSM som supplement. Det er verdt å merke seg at mye av forskningen som er gjort på atferdsvansker har tatt utgangspunkt i DSM-systemet. Opposisjonell atferdsforstyrrelse (oppositional defiant disorder – ODD) og atferdsforstyrrelse (conduct disorder – CD) er de to mest brukte diagnosene i forbindelse med atferdsforstyrrelser.

Alvorlig atferdsforstyrrelse, som kalles Conduct Disorder (CD) i begge manualene, blir i DSM definert som et repetativt og vedvarende atferdsmønster som forstyrrer andres grunnleggende rettigheter og betydelige aldersadekvate sosiale normer og regler (DSM-IV). Diagnosen har tydelige definerte atferdsavvik er beskrevet med 4 hovedområder og med 15 underkategorier ved barnets atferd. De fire områdene er aggresjon og truende atferd mot mennesker eller dyr, ødeleggelser av eiendom, bedrageri eller tyveri og alvorlige brudd på regler. Jeg har listet opp de fire hovedkategoriene med de tilhørende 15 underkategoriene.

1. Aggresjon og truende atferd mot mennesker eller dyr
 - Mobber, truer eller skremmer andre ofte
 - Tar ofte initiativ til fysisk slåssing
 - Har brukt et våpen som kan forårsake alvorlig skade hos andre
 - Har vært fysisk grusom mot mennesker
 - Har vært fysisk grusom mot dyr
 - Har stjålet mens han/hun konfronterer et offer (ran)
 - Har tvunget noen til seksuell aktivitet (voldtekt)
2. Ødeleggelser av eiendom
 - Har med overlegg deltatt i brannstiftelse med intensjon om å forårsake alvorlig skade.
 - Har med overlegg ødelagt andres eiendom (på andre måter enn brannstiftelse)
3. Bedrageri eller tyveri
 - Har brutt seg inn i noen andres hus, bygning eller bil
 - Lyver ofte for å få goder eller fordeles for å unngå forpliktelser /ansvar
 - Har stjålet ting av ikke-triviell verdi uten å konfrontere et offer
4. Alvorlig brudd på regler

- Er ofte ute om natten til tross for foreldrenes forbud før 13 årsalderen
- Har rømt hjemmefra og vært borte over natten minst to ganger mens han/hun bor hos sine foreldre eller i fosterhjem (eller en gang uten å returnere først etter en lang periode)
- Er ofte fraværende fra skolen før 13 årsalderen

For å oppfylle diagnosen atferdsforstyrrelse er det et krav om at barnet må oppfylle 3 av de 15 underkategoriene. Symptomene må ha vart over et tidsspenn på 12 måneder (Askeland, 2014; DSM –IV-TR, 2004). Atferden skal ikke være isolert til de samme situasjonene og skal heller ikke være isolert til kun en arena, som her menes med familie, skole og nærmiljø, men må vises i flere arenaer. Dersom problematferden vises kun i en arena er det hensiktsmessig å vurdere hvordan denne arenaen påvirker barnet og barnets atferd, da problematferden kan være kontekstavhengig. DSM-IV opererer med to undergrupper ut fra når atferdsvanskene kommer til syne: 1. atferdsforstyrrelse med oppstart i barndommen, med debutalder før 10 år, og 2. atferdsforstyrrelse med oppstart i ungdommen, med debutalder etter fylte 10 år. DSM kom ut med en femte utgave i 2013 og det er blitt gjort relativt store endringer, dog er for de fleste endringene på kategorisering. Selve problematferden er stort beskrevet på samme måte som i DSM-IV (Askeland et al, 2014).

I ICD-10 er CD definert som “gjentatt og vedvarende antisosial, aggressiv eller utfordrende atferd med klare brudd på sosiale forventninger og normer i forhold til alderen “ (Solholm Askeland, Christiansen & Duckert, 2005: 356). Foreldre, lærere og andre personer barnet kommer i kontakt med observerer at barnets atferd hemmer hverdagslig fungering. Det beskrives ikke hva som er klare tegn på utfordrende atferd eller hva man kan forvente av normal atferd på ulike alderstrinn (ICD-10). Begge manualene må barnet ha fylt 6 år. Dersom barnet viser eksternaliserende vansker under denne alderen er det opposisjonell atferdsforstyrrelse som brukes.

Opposisjonell atferdsforstyrrelse (heretter kalt ODD) omfatter markert trass, ulydighet og provoserende atferd. Disse barna har ikke handlinger som er av usosial eller alvorlig aggressiv karakter og innebærer heller ikke kriminell atferd som vi finner i CD (ICD-10, 1999; Ogden 2010). Denne typen atferd kommer vanligvis til syne hos barn under 8 år og diagnosen er mer vanlig under denne alder. Det er viktig at ikke vanlig trassig atferd i denne alderen forveksles

med atferdsvansker. Den mye omtalte “trassalderen” er et uttrykk for at barn ofte trasser og opponerer ved de voksnes regler og rutiner ved at de ofte vil klare ting i eget tempo og de utforsker de voksnes reaksjoner relativt ofte. Symptomene må være i betydelig grad, stabile og tilstede i minst 6 måneder. Diagnosen stilles vanligvis ikke på barn over tidlig ungdomsalder (DSM-IV). For å få diagnosen i DSM-systemet må fire av åtte atferdskjennetegn vises:

- 1) tilstedeværelse av raserianfall
- 2) kranling med andre
- 3) ulydighet
- 4) mobber eller erter andre
- 5) barnet gir ofte andre skylden for ugang det er innblandet i
- 6) svært nærtagende
- 7) blir fort sint og bitter
- 8) er hevngjerrig.

De viktigste indikatorene er en tendens til ofte å aktivt å trosse voksnes anmodninger eller regler, og bevisst å irritere andre. De virker sinte, bitre, eller blir lett irritert på andre som de gir skylden for sine egne feil eller problemer. Videre har de ofte en lav frustrasjonstoleranse og mister lett besinnelsen, de kan virke provoserende, starter konfrontasjoner og er generelt uhøflige, lite samarbeidsvillige og i opposisjon til autoriteter (Ogden, 2010). I tillegg kreves det at forstyrrelsen medfører svekkelse i akademisk og sosial funksjon (Askeland et al., 2014). Mens CD er en atferdsforstyrrelse av alvorlig grad, er ODD en vanske av moderat/alvorlig grad.

Det er viktig at barn med diagnose ODD og tidlige tegn på CD følges ekstra opp slik at ikke atferden forverrer seg ytterligere. Barn som får diagnosen ODD vil ikke nødvendigvis utvikle atferdsvansker som faller innunder diagnosen CD men det innebærer en økt risiko. Barn med atferdsforstyrrelse har to til tre ganger større risiko for å utvikle seg til å bli alvorlige, voldelige og kroniske ungdomsforbytere. Tidlige tegn på atferdsforstyrrelse er en prediktor for senere atferdsvansker og ser ut til å være stabile opp til voksen alder (Moffit & Scott, 2008). Det anslås at 30-50 % av barn som tidlig viser tegn til atferdsforstyrrelser i tidlig barnealder, dvs barnehage eller barneskolealder, trolig har atferdsproblemer også i voksen alder (Sørli, 2000). Barn med atferdsforstyrrelse representerer den største andelen av

ungdommer som begår kriminelle handlinger, vold og rusmisbruk (Webster-Stratton & Reid, 2010). Vi ser derfor at tidlig identifisering og behandling hos barn med atferdsvansker er nødvendig for å unngå videre skjevutvikling med fare for en kriminell og belastende livssituasjon som voksen. Tidlige tiltak kan bidra til at en slik videreutvikling av atferdsvansker forhindres. Disse tiltakene er ofte basert på risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer som finnes i barnets oppvekstmiljø. Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer kommer jeg nærmere inn på i kap 3.

2.2.2 Følger av diagnoser

Kliniske diagnoser brukes for å definere kjennetegn på barnets atferd og de vanskene barnet har. Dette kan frigi ressurser i forhold til rettigheter barnet har til hjelp og behandling, feks i skolen ved spesialpedagogisk tilrettelegging eller i BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk). Diagnosene formidler informasjon om prognose og behandlingsalternativer. Svakheten ved diagnoser er at de i utgangspunktet gir liten informasjon om helhetsbilde av vanskene til barnet. Atferdsproblemene kan utspille seg i en spesiell kontekst og utgangspunktet for behandling er å vite mest mulig av problemomfanget til barnet. Diagnoser kan også være selvforsterkende, selvoppfyllende og identitetsskapende og det kan være vanskelig for barnet å komme seg ut av denne rollen. Diagnoser kan være vanskelig å bli kvitt i det sosiale liv rundt seg dersom de først er satt, selv om problemene opphører.

Oppmerksomheten i en diagnose rettes mot avvik og problemer og i mindre grad mot barnets sterke sider. Ressurser og tiltak risikerer å bli overskygget av fokuset på hvor problemet ligger, nemlig hos barna. Dessuten kan barn med samme diagnose ha behov for ulik type behandling og hjelp utfra miljøet barnet lever i og personlig sårbarhet og sterke sider hos barnet. Man kan også undervurdere barn som ikke oppfyller kriteriene for diagnose slik at disse ikke blir prioritert i hjelpeapparatet (Ogden, 2009).

Utviklingspsykologiske beskrivelser kan også benyttes til å beskrive vanskene til barnet. Det er en kartlegging av barnets utvikling og funksjon og gir et bredere bilde av barnets ulike evner. En utviklingsprofil viser barnets kognitive, fysiske, sosiale og emosjonelle utvikling og blir sammenlignet med barn på samme alder. Det utviklingspsykologiske perspektivet legger vekt på å beskrive barnet i samhandling med sine omgivelser og bygger på opplysninger fra flere kilder (foreldre, lærere og andre) og hvordan barnet fungerer på ulike oppvekstarenaer, som hjem, skole og fritid (Ogden, 2009).

2.3 Forekomst av atferdsvansker

Atferdsforstyrrelser er den vanligste psykiatriske lidelsen hos barn og unge i Norge og er en av de vanligste henvisningsgrunnene til psykisk helsevern for barn og unge (Askeland et al, 2014). På grunn av at de diagnostiske kriteriene har endret seg er det vanskelig å avgjøre noe eksakt tall på hvor mange barn det kan være snakk om. Amerikanske undersøkelser anslår at det er snakk om at mellom 2-10 % har CD, og fra 6-10 % har ODD i ikke-kliniske utvalg. Skogen og Torvik (2013) anslår at 1,7 % av barn i Norden har CD mens for ODD er det ca 1,8 %. De anslår derfor at summen av barn som har en atferdsvanskelig diagnose i Norden ligger på mellom 3,5 og 3,7 %. De fleste internasjonale studier plasserer omfanget av alvorlige atferdsproblemer mellom 5 og 10 % for aldergruppen 8-16 år. Barn i Bergen-studien oppgir også at 5-10 % som risiko for å utvikle CD og ODD i løpet av barne- og ungdomsårene (Askeland et al, 2014). Målemetoder kan være en årsak til at man får ulike tall, da diagnoser i forskning og i klinisk sammenheng hyppigst stilles ved hjelp av rapporteringsskjemaer fra barna selv, lærere og foreldre (Skogen og Torvik, 2013). Det er også en relativt stor gruppe som ikke fyller de diagnostiske kriteriene, men som likevel har problematferd som er så omfattende at det er en svært belastende situasjon for barnet og omgivelsene. Det finnes også en god del barn som befinner seg i risikozonen for å utvikle atferdsvansker av mer alvorlig omfang. Dermed er omfanget av problematferd større enn ved kun å måle de barn som faller innenfor de diagnostiske kriteriene. Som nevnt innledningsvis viser nordiske undersøkelser viser at ca 10 % av elevene har problemer som er så alvorlige at de kan sies å ha utviklet atferdsvansker eller at de kan sies å befinne seg i risikozonen for utviklingen av slike (Ogden 2009).

Gutter viser mer atferdsproblemer enn jenter på tvers av kulturer (Javo, 2010).

Forholdstallene mellom gutter og jenter varierer mellom 4:1 og 2:1. For diagnosen ODD er det ganske likt mellom kjønnene, mens for CD er det tre-fem ganger så mange gutter som får diagnosen (Solholm, 2014). Noen studier antyder at lavere intellektuell fungering og sterkere temperament er vanligere hos gutter med atferdsproblemer enn jenter (Javo, 2010). Jenter kan ha større evne til sosial tilpasning, noe som bidrar til å motvirke utviklingen av problematferd. På den andre siden kan jenter vise mindre konfronterende atferd og mer internaliserende atferdsmønstre enn guttene, ved f.eks. lyving og baksnakking (Sørli, 2000). Dette kan føre til at problemene ikke blir like synlige hos jenter og vanskeligere å oppdage. Jenters kriminelle karriere er vanligvis kortere enn for guttene og ser ut til å avta tidligere enn for guttene.

Guttenes antisosiale atferd er mer preget av “overt bahavior”, altså vold rettet mot mennesker og/eller dyr, mens jenters antisosiale atferdsmønstre er mer preget av “covert behavior”, som er aggressive handlinger rettet mot eiendom og/eller selvskading, som feks tyveri, hærverk og rusmisbruk. Guttene ser altså ut til å ha mer åpen utagerende atferdsproblemer enn jenter, og gutter kommer derfor oftere i kontakt med politi, hjelpeapparat og rettsvesen.

Kjønnsforskjellene har i flere vestlige land blitt noe mindre i omfang i løpet av de siste tiårene og vi kan se en økning i jenters aggressive atferd (Sørli, 2000).

Det er ikke sjelden at barnet strever på flere områder samtidig. Barn kan ha komorbide vansker, det vil si flere vansker av ulik art samtidig. Atferdsvansker opptrer ofte sammen med andre vansker. ADHD (DSM-IV), som i ICD-10 blir omtalt som hyperkinetisk forstyrrelse, er den diagnosen som hyppigst opptrer sammen med atferdsvansker. Det er funnet en komorbid forekomst av ADHD og CD på over 23 % (Solholm, 2014). Barn med ADHD kjennetegnes ved at de er konstant urolige, impulsive, lette å distrahere, vansker med å konsentrere seg og sjenerer andre med lyder og gester. Andre komorbide vansker som finnes med utagerende atferdsvansker er språkvansker, mental retardasjon, døvhet og blindhet. Tilkortkomningen de kan føle på grunn av funksjonshemmning fører til frustrasjon, enten ved å ikke kunne utrykke seg eller å bli forstått. Både utagerende og innagerende atferdsvansker finnes sammen med slike funksjonsvansker (Moffit & Scott, 2008).

3 Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer

3.1 Definisjon

For å kunne utvikle virksomme tiltak og behandlingsmetoder, er det nødvendig å ha kunnskap om forhold som øker og eller reduserer sannsynligheten for utvikling av atferdsproblemer hos barn og unge. Dersom et tiltak både øker beskyttelse mot å utvikle atferdsproblemer, og reduserer risikofaktorene antar man at det vil være mindre sannsynlig for å utvikle atferdsproblemer senere og tiltaket får en preventiv effekt. Tiltak som bygger på forskning på beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer ser ut til å ha bedre effekt enn tiltak som ikke bygger på disse faktorene (Sørli, 2000).

En risikofaktor kan defineres som ”..en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med økt sannsynlighet for negativ psykososial utvikling i fremtiden” (Durlak ref. i Nordahl 2005:81). Det dreier seg om forhold eller hendelser som forekommer i forkant av problemene og som er påvist å påvirke negativ atferdsutvikling (Nordahl, 2005). Risikofaktorene må ikke ses som direkte årsaksforklaringer, men representerer en sårbarhet og forhøyet sannsynlighet for at barn utvikler og opprettholder atferdsproblemer. Blant de viktigste risikofaktorene finner man manglende foreldreferdigheter, familiens mentale helse og vanskelig temperament hos barnet.

En beskyttende faktor er en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med redusert sannsynlighet for fremtidig negativ psykososial tilpasning hos risikobarn. Faktorene fremmer kompetanse, mestring og positiv utvikling og kan ha en forebyggende innvirkning som moderer eller kompenserer for negative innvirkninger av risikofaktorer (Nordahl, 2005). Vi kan si at beskyttelsesfaktorene virker som en buffer mot noen av risikofaktorenes konsekvenser. Eksempler på beskyttelsesfaktorer er støttende og omsorgsfulle foreldre, god tilknytning til foreldre, gode venner, lett temperament og prososiale venner/medelever.

Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer opptrer på tre nivåer: individuelle faktorer hos barnet, i familien og i barnehage, skole og i oppvekstmiljøet rundt. Jeg presenterer både beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer samlet under disse tre ulike områdene

3.2 Individuelle faktorer hos barnet

Individuelle faktorer handler om forhold som er relatert til individets iboende ressurser. Det innebærer arvelige og ervervede forhold i barnet som er med på å bestemme hvordan individet reagerer på erfaringer det gjør seg med omgivelsene. De individuelle faktorene som gjennom forskning har vist seg å disponere for utvikling av alvorlig atferdsvansker er kjennetegn ved temperament, hyperaktivitet, kognitiv svikt og vansker med kognitive informasjonsbearbeiding (Ogden, 2009).

3.2.1 Fysiologiske risikofaktorer

De individuelle risikofaktorene som er knyttet til det fysiologiske er for tidlig fødsel, lav fødselsvekt og fysiske og psykiske påvirkninger fra mor gjennom svangerskapet. Hvordan moren har det gjennom svangerskapet vil påvirke barnet i løpet av de ni månedene moren bærer fosteret. Rusmidler og et uheldig kosthold vil feks påvirke barnet og barnets utviklingsbetingelser videre, men også depresjoner og psykisk stress. Påvirkninger i svangerskap og ved fødsel omtales også i kategorien individuelle faktorer fordi de ser ut til å påvirke barnets individuelle sårbarhet og personlighet.

3.2.2 Temperament og personlighetstrekk

Temperament antas av mange forskere å være en biologisk betinget faktor som predikerer atferd (Mofitt & Scott, 2008). Temperament referer til stabile individuelle forskjeller i følelsesmessighet, aktivitet, oppmerksomhet og selvregulering (Caspi & Shiner, 2008). Temperament er altså noe barnet til dels er født med. Barn med et vanskelig temperament reagerer unormalt høyt på stress, viser liten eller mindre respons på stimuli, er unormalt passivt og vanskelig å roe ned. Det viser gjerne irritabilitet og hypersensitivitet. Det har vansker med å innordne seg rutiner og kan ha vansker med å tilpasse seg forandringer og trenger lengre tid på å bli vant til nye mennesker og situasjoner. De reagerer oftere med sterk gråt og raserianfall når de blir frustrert. Slike temperamentstrekk kan ofte oppdages så tidlig som i spedbarnsalderen. Et barn med lett temperament har ikke disse utfordringene. Barnet er lett å roe, og tilpasser seg omgivelsene. De er stort sett lette å glede og trøste og de regulerer lettere de negative følelsene sine ved motgang. Dette vil utgjøre en beskyttelsesfaktor (når andre risikofaktorer er tilstede). Studier viser en klar sammenheng mellom vanskelig temperament i ung alder og senere utvikling av atferdsproblemer, særlig

oppmerksomhetsproblemer og aggressive problemer (Javo, 2010). Barnets vanskelig temperament er en av de tidligste forløperne for alvorlig atferdsproblemer (Ogden, 2009). Olafsen, Torgersen & Ulvund (2011) mener at temperament har blitt tatt for lite hensyn til når det gjelder det sosiale miljøets påvirkning på individets temperament. De peker på at barnets temperament i seg selv ikke vil bidra til aggresjonsproblemer, det er i samhandling med andre mennesker at temperament utgjør en risikofaktor (Olafsen, Torgersen & Ulvund, 2011). Foreldre med barn med vanskelig temperament har nødvendigvis større utfordringer med å legge til rette omgivelsene og å reagere på barnets signaler enn de med lett temperament. Dersom foreldrene ikke klarer å lese barnets signaler, forstå og møte dets behov, kan dette utgjøre en ytterligere risikofaktor for at tilknytningen og samspillet mellom forelder og barn svekkes. Studier viser at foreldre som er sensitive og kan lese barnets signaler har lettere for å oppnå og bevare en god tilknytning til barnet tross vanskelig temperament (Jenkins, 2008). Dette kommer jeg tilbake til i avsnittet om faktorer i familien (3.3).

3.2.3 Hyperaktivitet

Uvanlig høy grad av motorisk uro (hyperaktivitet), impulsivitet og aggressivitet tidlig i barneårene er blant de sterkeste prediktorene for utvikling av atferdsproblemer (Nordahl, 2005). Livsløpsstudier viser at mellom 30 og 50 % av barn som viser tidlig omfattende utagering og antisosial atferd har høy sannsynlighet for å utvikle et atferdsmønster preget av vold, kriminalitet og rusmisbruk, samt sosial, akademisk og yrkesmessig tilkortkomming i ungdomsalder og yngre voksenalder (Nordahl, 2005). En norsk tvillingstudie fant at arv spiller en større rolle for utvikling av utagerende(eksternaliserende) problemer enn for utviklingen av innagerende (internaliserende) problemer (Gjone ref. i Javo, 2010). Imidlertid har temperamentsstudier vist at vanskelig temperament hos små barn er en sårbarhetsfaktor for senere utvikling både for innagerende og utagerende atferdsproblemer. Flere longitudinelle studier har funnet en sammenheng mellom vanskelig temperament i ung alder og senere utvikling av atferdsproblemer, spesielt oppmerksomhetsproblemer og aggressive problemer (Javo 2010). Aggresjon ser ut til å ha en klar biologisk årsakssammenheng. Hyperaktivitet kommer først til syne når barnet blir noe større, etter at det har lært seg å gå og når barnets styrke og mobilitet er mer utviklet (Ogden, 2009).

Biologiske faktorer er godt dokumentert i utviklingen av atferdsproblemer og herunder tidlige tegn på nevropsykologiske funksjonshemninger (Ogden, 2009). Disse funksjonshemningene

kan gi seg utslag i oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet, impulsivitet og lærevansker. Hyperaktivitet har vist seg å være en svært arvelig egenskap, dog har man sjeldent kunnet påvise strukturelle endringer i hjernen (Ogden, 2009). Hyperaktivitet er en risikofaktor for å utvikle atferdsproblemer da hyperaktive barn har vansker med å hemme impulser og reaksjoner og de har derfor vansker med å tenke seg om før de handler. Mange barn blir suksessivt medisineret for dette, men på langt nær alle.

3.2.4 Kognitive faktorer

Longitudinelle studier viser at antisosial atferd over tid i barneårene er predikert av lave verbale evner (Nordahl, 2005). Barn med alvorlige atferdsproblemer viser lavere skårer på verbale ferdigheter på standardiserte evnetester (IQ-tester). De har svake verbale evner samt vansker med forståelse, persepsjon og hukommelse. Dette har blitt kontrollert for å være uavhengig av barnets motivasjon, sosioøkonomiske bakgrunn og rase (Moffit og Scott, 2008). Lave verbale ferdigheter bidrar til akademiske vansker. En tilkortkomning på skolefaglige oppgaver vil indirekte kunne føre til en dårlig selvoppfatning, noe som korrelerer signifikant med alvorlige atferdsvansker. Høy IQ er en beskyttende faktor til tross for vanskelig temperament (Moffitt & Scott, 2008). Når det gjelder faktorer som er forbundet med skolen kommer jeg tilbake til dem i kapittel 3.3. Barnets lave verbale evne påvirker også barnets evne til verbal hukommelse og evnen til å trekke abstrakte forklaringer. De har i tillegg vansker med å planlegge og forutse reaksjoner på eller konsekvenser av egne handlinger. Når barnet har problemer med å huske muntlige instruksjoner og til å bruke språket for å tenke gjennom konsekvenser av sine handlinger spiller dette inn på barnets evne til selvkontroll. Når barnet får vansker med å uttrykke seg verbalt vil det kunne føre til frustrasjon hos barnet og det kan føre til at det prøver å få kontroll over sosiale interaksjoner ved å bruke aggresjon (Nordahl, 2005).

3.2.5 Sosial kompetanse

Noe som kjennetegner barn med alvorlige atferdsproblemer er deres lave sosiale kompetanse. Lav sosial kompetanse er en forløper til antisosial atferd (Nordahl, 2005). Her finner vi mangelfull selvkontroll og dårlige samarbeidsferdigheter, noe som påvirker ferdigheter i problem- og konfliktløsning. Sørli viser til en studie hvor lærere scoret de atferdsvanskelige barna signifikant dårligere på kompetansedimensjonene samarbeid, selvkontroll, selvhevdelse

og kompromissorientering, men ikke på rettferdighetsorientering. Selv mente barna at de var mindre kompetente enn sine jevnaldrende og skilte seg mest ut i forhold til samarbeidsferdigheter (Sørli, 2000). Høy sosial kompetanse er en beskyttelsesfaktor, men noen barn med gode sosiale ferdigheter kan også bruke dem på en strategisk og manipulerende måte for å oppnå egen vinning eller status (Haugen, 2008).

Arvelighet og temperament kan ikke alene forklare hvorfor barn utvikler atferdsproblemer. De individuelle faktorene hos barnet utvikler seg i interaksjon med miljøet. Det er avgjørende for utviklingen hvilke livshendelser barn med risikokjennetegn blir utsatt for (Ogden, 2009) Vi skal se på risiko- og beskyttelsesfaktorer i miljøet, for å se hvordan miljøfaktorer påvirker individet.

3.3 Faktorer innad i familien

Foreldre og søsken er de viktigste tilknytningspersonene barnet har. Det er foreldrenes oppgave å ta godt vare på barna og hvordan foreldrene håndterer denne oppgaven har mye å si for utviklingen til barnet. Hvordan foreldrene har det, både økonomisk, psykisk og sosialt påvirker deres foreldreferdigheter og oppdragerrolle. Det er desverre ikke alle som har like gode forutsetninger for å utføre denne oppgaven på best mulig måte. Støttende og omsorgsfulle foreldre, gode familierelasjoner, positiv kommunikasjon, godt tilsyn og moderat og konsekvent grensesetting er beskyttende faktorer når det gjelder familien.

Dårlig kvalitet på det tidlige foreldre-barn samspillet med blant annet lite varme og glede viste seg å være en sentral forløper for å utvikle atferdsvansker i en studie gjennomført av Olson m.fl (Olson ref i Drugli, 2013). Lorber og Egeland fant også i sin studie at negativt samspill i spedbarnsperioden viste sammenheng med senere atferdsvansker (Drugli, 2013). Forskerne fant at det er større sammenheng mellom atferdsvansker og dårlig kvalitet på samspillet når samspillsvanskene vedvarer etter den såkalte “trassalderen” (trassalder regnes når barnet er omkring 2-3 år). Dersom barnet har et vanskelig temperament og foreldrene ikke klarer å møte barnets behov øker dette sannsynligheten for at kvaliteten på samspillet blir dårligere.

Tilknytningen mellom foreldre og barn henger sammen med foreldrenes evne til å være sensitive og lese barnets signaler. Tilknytningen danner grunnlaget for om samspillet skal bli av god kvalitet. Dersom foreldrene klarer å være sensitive i forhold til barnets signaler og møte barnets behov vil det bidra til en trygg tilknytning og positive følelser mellom barn og foreldre. Dette er viktig for barnets tidlige psykososiale utvikling og gir et grunnlag for kvaliteten på samspill med andre mennesker senere. Forskning viser at tilknytnings- og interaksjonsmønstrene som dannes tidlig, har en sterk tendens til å være ved (Rye, 2002). Foreldre som selv har opplevd lite sensitiv omsorg, med avvisning, kritikk og utøvelse av vold, står i fare for å videreføre disse mønstrene til egne barn. Dersom barnet i tillegg har et vanskelig temperament eller andre vansker er risikoen økt for forsømmelse og mishandling (Rye, 2002).

Mødrenes oppfatning av barnet som vanskelig å kontrollere og at barnet er lite opptatt av henne som omsorgsperson, er også risikofaktorer. Foreldrenes tidlige oppfatning av barnet i negativ retning kan være av betydning for å utvikle atferdsvansker (Olson ref. i Drugli, 2013). Det er av betydning at foreldre får økt tro på at deres innsats kan påvirke samspillet og barnets atferd og opplevelse i positiv retning. Dette kommer jeg tilbake til.

Mangelfulle foreldreferdigheter er påvist å være moderat til sterkt relatert til atferdsproblemer (Nordahl, 2005). Foreldreferdigheter som innebærer risiko er uklare forventninger til barnets atferd, inkonsekvente reaksjoner, de gir barnet for lite ros og positiv oppmerksomhet, barnet får for streng straff og de følger ikke opp hva barnet foretar seg (Moffit og Scott 2008).

Dersom foreldrene har ulikt syn på barneoppdragelse kan det føre til at barnet får ulike konsekvenser på samme atferd. Det kan også være at foreldrene ikke har noen gjennomtenkt strategi og regler for hva som er greit, men handler mer vilkårlig fra situasjon til situasjon og humør til humør. Det blir uforutsigbart hvilken reaksjon som vil komme da barnet kan få ulike reaksjoner på samme type atferd. Inkonsekvent foreldreatferd bidrar til økt sannsynlighet for atferdsvansker. Det å være konsekvent overfor et barn er forutsigbart og trygt for barnet og er en beskyttende foreldreferdighet (Moffit & Scott, 2008).

Hvor strenge konsekvenser foreldrene gir barna sine ved uønsket atferd ser også ut til å ha betydning i forhold til foreldreatferd når det gjelder utvikling av atferdsproblemer. Det at

barna blir møtt med svært aggressive reaksjonsmåter og at straffen er uhensiktsmessig stor i forhold til barnets oppførsel viser seg å være ugunstig. Sinne, fysisk avstraffelse og sterk kontroll fra mors side i førskolealder var høyt relatert til stabile atferdsvansker i Campbell sin studie fra 2010 (Drugli, 2013). Barn med utagerende atferdsvansker kan kreve stor selvbeherskelse og tålmodighet fra foreldrenes side ettersom de ofte utfordrer foreldrenes grenser. Det er krevende å stå i gjentatte utfordringer med barn som protesterer på grensesetting og beskjeder som ikke blir overholdt. Veien kan bli kort til å miste beherskelsen og å reagere affektivt når tålmodigheten er utslitt, enten i form av fysisk avstraffelse eller trusler om slik straff (Sørli 2000). Barn lærer foreldrenes måte å håndtere konflikter på, og fysisk avstraffelse og aggresjon vil vise barna at det er akseptabelt å opptre aggressivt. Gjentakende fysisk avstraffelse, barnemishandling, omsorgssvikt og seksuelle overgrep er risikofaktorer for å utvikle atferdsproblemer (Drugli 2013). Overgrep trenger ikke ramme barna direkte. Barn som er vitne til vold i hjemmet har forhøyet risiko for å ty til vold mot andre sammenlignet med barn som ikke opplever vold i nære relasjoner (Sørli, 2000).

I undersøkelser av foreldretreningsprogrammet Parent Management Training, som vi senere skal tilbake til, viser det seg at riktig grensesetting ved konsekvente reaksjoner, moderat straff, oversikt over hva barnet holder på med og det å gi ros og positive tilbakemeldinger er av betydning for å redusere atferdsvansker. Gode foreldreferdigheter blir dermed en beskyttende faktor. Det kan også tenke seg at dersom barn har et vanskelig temperament påvirker dette foreldreferdighetene i negativ retning. Det er slitsomt å stå i mange konflikter med barn og foreldrene kan trekke seg ut av konfliktene og la barnet få viljen sin, for husfredens skyld. Dette vil i så måte være med på å forsterke barnets antisosiale atferd. Dette kaller Patterson *the coercive process*, som vi kan oversette til *tvingende samspill*. Dette kommer vi tilbake til senere i oppgaven.

Familiens sosioøkonomiske forhold har vist seg å innebære risikofaktorer for å utvikle atferdsproblemer. Fattigdom er en indirekte faktor som medfører stress for familien. Dette kan påvirke foreldrenes oppdragelsesmetoder. Forbindelsen mellom atferdsproblemer og økonomisk stress for familien henger sammen, særlig på grunn av ekteskapelig disharmoni og konflikter, økonomiske problemer og depresjon hos foreldre og uvennlig foreldrestil (Moffit & Scott 2008). Manglende tilsyn og involvering i barna kan være forårsaket av økonomiske problemer. Ved store økonomiske problemer må foreldrene bruke mer tid til å arbeide og de

har ofte mindre overskudd til å følge opp barna. Manglende tilsyn kan ha den konsekvensen at foreldrene ikke får nok tid til å bli kjent med barnet sitt, og har dermed mindre grunnlag for å gi barnet reaksjoner som passer til barnets personlighet og valg.

Selv om krancling innad i familien oftere kan ramme familier med økonomisk belastning, kan det også gjelde familier som har moderat eller høy levestandard. Krancling og mangel på fred og harmoni, både mellom foreldre og mellom foreldre og barn er en risikofaktor for atferdsproblemer. På grunn av stressfaktoren og at kranclingen kan ta for mye plass i hverdagen kan manglende tilsyn og involvering i barna bli en konsekvens av kranclingen i familien. Det å ha et godt forhold til minst en annen voksenperson er en beskyttelsesfaktor. Jenkins (2008) fant i sin undersøkelse at et barn kan klare seg bra, til tross for konflikter i hjemmet, dersom de har godt forhold til andre familiemedlemmer, som søsken eller besteforeldre.

Foreldrene er rollemodeller for hvordan barn skal opptre i ulike situasjoner, og de er også rollemodeller i forhold til holdninger. Hvordan foreldrene ser på prososialitet, ansvar, voldsbruk, kriminalitet og rusmisbruk påvirker barna syn på dette. Dersom foreldrene har antisosiale holdninger og verdier blir disse formidlet til barna og de lærer at slik atferd er akseptabelt.

Foreldrenes psykiske helse har innvirkning på foreldrerollen. Depresjon hos mor har blitt påvist å være en risikofaktor både i internasjonal og nasjonal atferdsforskning (Drugli, 2013). Depresjonen fører til at moren får mindre energi til å takle utfordringer ved oppdragerollen. Depresjon kan henge sammen med livssituasjonen, som f.eks. lav inntekt. Dersom en eller begge foreldrene har en sinnslidelse, f.eks. skizofreni, manisk depressiv og sterk angst, påvirker dette familielivet og omsorgspersonens evne til å inngå i en sunn relasjon til barnet.

3.4 Faktorer i barnehage, skole og lokalmiljø

Barnehagen representerer den første daglige institusjonen barnet møter. Dette er ofte den første arenaen for barnet med daglig samspill med andre barn. Her er det muligheter for barna til å få trent opp sine sosiale ferdigheter, noe barnehagene har fokus på i sin rammeplan. Kompetente voksne skal følge med og lære barna sosiale ferdigheter. Dersom tilknytningen er god, personalet får gode relasjoner til barna, barna blir godt språkstimulert og organiseringen er forutsigbar, representerer barnehagen en beskyttende faktor og skal sikre normalutvikling. Dersom barnehagen er av dårlig kvalitet representerer dette en risikofaktor for barnet, særlig dersom barnet har en sårbarhet i utgangspunktet, for eksempel vanskelig temperament. Svake relasjoner mellom voksenpersonale og barn, lite ros og positiv oppmerksomhet, utdelte beskjeder, stadig irettesetting og negativ kritikk, straffe, lite språklig stimulering og ustrukturerte dagsrutiner øker sannsynligheten for en skjev utvikling.

Som nevnt i 3.2 “Individuelle faktorer ved barnet”, utgjør lave verbale ferdigheter en risikofaktor for å utvikle atferdsproblemer. Lave verbale ferdigheter kan påvirke barnets evne til å klare seg godt på skolen. Barnet står i fare for å oppleve lite mestring, noe som er en forutsetning for å opprettholde motivasjon og trivsel i skolehverdagen. Dersom barnet ikke opplever mestring på skolen vil dette kunne føre til en negativ holdning til skolen. Et negativt syn på skolen medfører ofte lavere motivasjon og svake skolefaglige resultater, og slik kan man havne i en negativ spiral. Som vi nevnte i 3.1 vil barnets lave verbale ferdigheter også kunne påvirke barnets evne til å regulere egen atferd, og øke sannsynligheten for at utagering blir et utfall. Dette vil videre kunne bidra til å stille eleven i et dårlig lys og til at han/hun kommer i konflikter med medelever og lærere.

Det er ikke bare elevens iboende evner som kan føre til negativ utvikling i skolen. Det kan være faktorer ved selve skolehverdagen som kan bidra til å utvikle eller forsterke barnets atferdsvansker. Likesom i familien, trenger også barna positiv oppmerksomhet i skolen og ved skolefaglige prestasjoner. På samme måte som foreldrene, kan lærere bidra til å dempe, utløse eller forsterke barns utagering. Risikofaktorer i skolen dreier seg om svake undervisningsstrategier, relasjon til lærere og andre elever, mobbing, inkonsekvente reaksjoner på regel- og lovbrudd i skolen/klasserom, og dårlig kommunikasjon og samarbeid kollegialt og svak strategistyring fra ledelsen på skolen. Når det dreier seg om undervisningsstrategier handler risikofaktorene om uklare forventninger til elevene,

forventinger som er for lave eller for høye i forhold til barnas ståsted, umotiverende arbeidsformer og inkonsekvent regelbruk (Ogden, 2009). Dessuten har ikke skolene tradisjonelt fokusert på å lære elevene sosial og emosjonell kompetanse og det er ofte mange elever pr lærer. Disse faktorene er risikofaktorer da de er forbundet med klasseromsaggresjon, lovovertredelese og svake akademiske prestasjoner (Webster-Stratton & Reid, 2010).

Beskyttende faktorer dreier seg om å ha gode relasjoner til lærere og å ha lærere som gir gode og konkrete tilbakemeldinger og tilstrekkelig ros på positive handlinger. Mobbing er en risikofaktor for å utvikle atferdsproblemer. Det kan skje både av elever og av lærere. Dersom barnet ikke følger vanlige sosiale spilleregler, utagerer og har antisosial atferd vil dette kunne innebære at barnet skiller seg negativt ut og tiltrekker seg negativ oppmerksomhet. Dette kan føre til avvisning eller mobbing av medelever. Dermed får de færre muligheter til positivt sosialt samspill og til å lære passende venneferdigheter. Dette kan bidra til at atferdsproblemerne eskalerer ytterligere. Elever med antisosial atferd ofte blir utstøtt av barn som ikke er atferdvanskelig og vil ha en tendens til å tiltrekke seg venner med lik atferd som de selv. (Dishion & Patterson, 2006). Dette vil kunne bidra til at barnet legitimerer sin antisosiale atferd. Venner med gode sosiale evner er en beskyttende faktor dersom barnet står i fare for å utvikle atferdsproblemer. Lærere må også bidra til å opprettholde respekten mellom barna i gruppen ved at han eller hun ikke snakker negativt om eller henger ut elever, men heller bidrar til å fremheve positive sider ved alle elevene. Læreren og skolen kan også bidra til å øke de sosiale evnene ved å innføre særskilte tiltak for dette. Tiltakene må håndheves og organiseres konsekvent, slik vi også så at dette var en viktig ferdighet hos foreldre. Konsekvente regler gir forutsigbarhet og trygghet. Det er viktig at hele personalet ved skolen er enige og håndhever regler på skolen likt. Dersom eleven trives på skolen, med gode relasjoner til lærere og andre elever, får gode og positive tilbakemeldinger og får tilpasset opplæring bidrar dette til god og trygg tilknytning til skolen, noe som er en viktig beskyttelsesfaktor (Ogden, 2009).

Utdanningssamfunnets krav er en ytre samfunnsmessig faktor som påvirker og bestemmer hva slags retning man forventer at barn skal utvikle seg i. Når forutsetningen for å komme i arbeid og klare seg i samfunnet er å mestre skolegangen, økes presset på hvordan barna takler denne institusjonen og dens krav og regler. Skolens særegne krav til å ta til seg kunnskap og faglig innlæring gjennom selvdisiplin og konsentrasjon bidrar til en mulig marginalisering for de som ikke har tilstrekkelige ferdigheter til å mestre dette (Frønes, 2010).

3.5 Samspillet mellom risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer

Risikofaktorene kan være medfødte, erfarte eller tillærte. Ifølge transaksjonsmodellen vil barnet bringe med seg sine individuelle egenskaper inn i samspillet med miljøet.

Transaksjonsmodellen er en modell for å forstå barns psykososiale utvikling og den forklarer hvordan biologiske, psykologiske og sosiale forhold hele tiden påvirker hverandre.

Transaksjon betyr en utveksling som krever minst to parter for at den skal komme i stand (Drugli, 2013). Ifølge modellen kan vi ikke ensidig se etter faktorer kun hos barnet, eller i de enkelte miljøene rundt barnet. Det er som regel flere risikofaktorer som spiller sammen og utgjør utviklingen av atferdsvanskene.

En risikofaktor er et faresignal, men det er likevel ikke slik at eksponering for en slik faktor forutsier skjevutvikling. F.eks. er depresjon hos foreldre en risikofaktor for å utvikle problematferd men det er ikke slik at alle barn av foreldre med depresjoner får atferdsproblemer. Det er som regel ikke noe fare for negativ utvikling ved at bare en risikofaktor er tilstede. Barn som utsettes for flere risikofaktorer har en forhøyet risiko for atferdsproblemer. Desto flere risikofaktorer som forekommer samtidig hos et barn, desto høyere er sannsynligheten for å utvikle de vanskene faktorene predikerer. Barn har ulike iboende ressurser og for noen barn er noen risikofaktorer av sterkere påvirkningskraft enn andre. Barn har ulik grad av tilpasningsevne og det varierer hvor robuste de er.

Beskyttelsesfaktorene fremmer kompetanse, mestring og positiv utvikling og kan ha en forebyggende innvirkning som moderer eller kompenserer for negative innvirkninger av risikofaktorer (Nordahl, 2005). Beskyttelsesfaktorer bidrar til motstandsdyktighet hos sårbare barn ved at de demper risikofaktorens effekt, de reduserer faren for risikoeksponering, de fremmer positiv selvoppfatning, de øker antall muligheter for positive opplevelser og valg i livet og de fremmer mestring og følelsesregulering (Nordahl, 2005). Vi kan si at beskyttelsesfaktorene virker som en buffer mot noen av risikofaktorenes konsekvenser. Den beskyttende faktoren spiller sammen med risikofaktoren og reduserer risikofaktorens innflytelse. F. eks. kan et varmt og kjærlig forhold innad i familien (beskyttelsesfaktor) virke som en buffer mot fattigdommens(risikofaktor) konsekvenser eller et vanskelig temperament hos barnet(risikofaktor). Et barn omtales som motstandsdyktig dersom det viser adekvat tilpasning selv om det eksponeres for risiko, utfordringer, alvorlige livshendelser eller stress.

Disse barna utvikler seg i positiv retning mot alle odds og blir ofte omtalt som “løvetannbarn”. Slik tilpasningsdyktighet blir også kalt resiliens. Men selv om noen barn er mer robuste enn andre, og selv om risikoutsatte barn også erfarer beskyttende faktorer i sitt oppvekstmiljø (feks deltar i aktiviteter på fritida eller har gode venner), er det nesten ingen barn som vil utvikle seg i generell positiv retning eller vise adekvat tilpasning dersom de utsettes for svært ugunstige oppvekstbetingelser (Nordahl, 2005:83).

Atferdsvanskelige barn som gruppe har endel kjennetegn, men det er likevel nødvendig å ta hensyn til individuelle forskjeller. Det er derfor nødvendig å analysere ulike forhold i barnets liv slik at man får tak i hvilke faktorer som synes å påvirke det bestemte barnets atferd og utvikling (Nordahl, 2005). Flere forhold spiller sammen og danner det bestemte barnets utfordringer og styrker.

4 Sosialinteraksjonistisk læringsteori

4.1 Patterson og bakgrunnen for Social Learning Interaction Theory

PMTO er en behandlingsmetode som har utviklet seg gjennom mange år med arbeid med barn og familier med atferdsvanskelig atferd, teoretiske antakelser, observasjoner og kliniske undersøkelser utført av Gerald Patterson og medarbeidere ved Oregon Social Learning Center i USA. I 40 år har deres hovedanliggende vært å øke kunnskapen om hva som forårsaker barns atferdsvansker og hva som kan gjøres for å hindre denne utviklingen. Grunnlaget for metoden er mange års arbeid med familieterapi som ble kombinert med feltstudier og observasjoner der familiens samspill ble analysert. Patterson var særlig opptatt av at metoden skulle være klinisk testbar og observasjon har vært særlig vektlagt i forskningen. Patterson og medarbeidere konkluderte i 1960-årene med at behandlingsmetodene overfor barn med atferdsvansker på den tiden ikke var gode nok da de positive endringene ofte var for kortvarige og forbigående (Solholm et al., 2005). De mente at behandlingen for denne gruppen var altfor individrettet da de baserte behandlingen på at problemene lå "i" barnet og ikke tok hensyn til problemene i barnets sosiale omgivelser (Patterson, 1982). Forskerne utførte mange kartleggingsundersøkelser av samspillet i både familier og i sosiale institusjoner som barnehage og skole. De undersøkte familier både med og uten atferdsvanskelige barn, og forsøkte å finne kausale mekanismer for hvordan barna utviklet seg. Resultatene ble brukt til å utvikle teorien for å utvikle intervensjoner som tok tak i de uheldige og skadelige mekanismene som foregikk i det sosiale samspillet.

Patterson var inspirert av fremveksten av anvendt læringspsykologi på 60-tallet innen sentrale fagområder som utviklingspsykologi, personlighetspsykologi og klinisk psykologi. Tradisjonell forsterkningsteori, Bandura og Walters sosiale læringsteori, Skinners operante betinging og arbeidene til Ullman og Krasner innen klinisk psykologi var viktige påvirkningskilder (Askeland et al, 2004). Selv plasserer Patterson seg som fjerde generasjons sosial læringsteoretiker (Patterson et al., 1992). Spesielt tre forskningsområder har inspirert og influert hans posisjon: forskning på tilknytning, familie- og vennerelasjoner og kontekstens betydning for samspillet mellom foreldre og barn. Felles for disse tre områdene er at de anerkjenner relasjonene mellom foreldre og barn og barn og venner som nøkkeldeterminanter

for å forstå og forklare barns sosialisering og tilpasning. Problemstillingene som Patterson og hans kollegaer har vært opptatt av har hele tiden vært de samme: “Hva forårsaker barns antisosiale atferd” og “hva kan gjøres for å hjelpe familier til å endre denne typen problematferd”? Problemstillingen har dermed blitt gjenstand for en fruktbar vekselbruk mellom klinisk praksis, forskningsresultater og teoriutvikling. Dette er et vesentlig kjennetegn ved forskningen ved OSLC (Solholm et al., 2005). På denne måten utviklet forskerne empirisk baserte behandlingsprosedyrer som etterhvert har formet PMTO slik den er i dag (Askeland et al., 2004). Etterhvert som ny forskning har kommet til har metoden blitt utviklet. Patterson var særlig opptatt av å kunne oversette faglige begreper til et observerbart og testbart språk og datamaterialet besto av observerbar atferd hos klientene. Vektleggingen av observasjon som metode har siden vært et av særtrekkene ved forskningsmiljøet ved Oregon Social Learning Center (OSLC). Som nevnt er mange års arbeid med familieterapi, i kombinasjon med feltstudier og observasjoner av familienes samspill, blitt analysert. Studiene omfatter både kliniske forsøk og longitudinelle studier, men også eksperimentell testing gjennom randomiserte design (Solholm et al., 2005). Teori er underbygget av empiriske funn og teori som ikke er blitt underbygget av empiri er blitt forkastet. Kliniske forskningsdata utgjør grunnlaget for å kalle den empirisk basert, eller evidensbasert. Teorien anses å være i stadig utvikling og Patterson understreker at de teoretiske formuleringene mer kan betraktes som en modell som er tenkt å være retningsgivende for fortsatt forskning enn en endelig og ferdig formulert teori (Patterson, 1982).

4.2 Social Interaction Learning Theory

Social Interaction Learning modell (SIL) er den teoretiske modellen som ligger til grunn for PMTO. Teorien forsøker å forklare hvordan barnet utvikler antisosial atferd og alvorlige atferdsproblemer. SIL er en sammensmelting av de teoretiske strømmingene sosial læring og sosial interaksjon og begge disse perspektivene understreker innflytelsen av de sosiale omgivelsene på individets tilpasning (Askeland et al., 2004). Det sosiale interaksjonsperspektivet beskriver samhandlingen mellom familiemedlemmer og jevnaldrende. Atferdsmønstre etableres og opprettholdes gjennom forsterkningsbetingelser og når det gjelder barn med atferdsvansker er en spesielt opptatt av foreldre-barn interaksjonen. Teorien handler i hovedsak om at atferdsvansker utvikler seg i form av en gjensidig læringsprosess mellom foreldre og barn der flere mekanismer finner sted. Foreldrenes

manglende oppdragsferdigheter er en av hovedårsakene til at et destruktivt samspillsmønster oppstår og bidrar til utvikling til barnets atferdsvansker. Patterson (1982) mener at foreldre og barn kontrollerer hverandre gjennom aversiv og aggressiv atferd. Aversive hendelser foregår i alle familier, men det har vist seg at det foregår en mer utstrakt bruk av press og tvang i mange av familier med barn med atferdsvansker (Patterson, 1982; Patterson, Reid & Dishon, 1992). Utstrakt bruk av press og tvang fremmer avvik og hemmer sunn utvikling og tilpasning. Det sosiale læringsperspektivet handler om hvordan slike atferdsmønstre etableres og opprettholdes. Ifølge teorien lærer barnet antisosial atferd gjennom aversive og aggressiv atferdsmønstre som utvikler seg i familien. Barnet er samtidig en aktiv deltaker i dette samspillet og bringer med seg sine forutsetninger inn i samspillet. Det er nettopp samspillet mellom barnets forutsetninger og foreldrenes rolle som er hovedfokus i Social Interaction Learning Theory.

4.2.1 Aversive hendelser og tvingende samspill

Patterson og hans kollegaer var særlig oppmerksom for de former for tvingende samspill som foregår i familiene. I 1982 skrev Patterson boka “The Coercive Family Process” der han beskriver drivkraften i utviklingen av barns atferdsvansker som tvingende samspill i familien. “Coercion events” er det engelske uttrykket for disse aversive hendelsene, som vi på norsk kan oversette med press og tvang. Med dette mener Patterson (1982) at foreldre og barn kontrollerer hverandre gjennom aversiv og aggressiv atferd. At en hendelse er aversiv innebærer at den ene personens atferd oppleves ubehagelig for den andre personen som blir utsatt for det. Slik atferd kan f.eks. være: negative kommentarer, tydelige protester, kjefting, roping og gråting. Denne formen for atferd innebærer at foreldre og barn påfører den andre ubehag for å oppnå det en ønsker. Dersom den aversive atferden fører frem og den som utfører den får sin vilje gjennom omtales det i teorien at atferden har blitt forsterket. En forsterkning er betegnelsen på en læringsprosess hvor individet lærer at en form for atferd lønner seg. Det blir dermed en forbindelse mellom den aversive atferden og den påfølgende konsekvensen. Dersom hendelsen også er betinget innebærer det at hendelsen blir etterfulgt av samme type atferd hver gang. Hvordan foregår dette? Jeg skal vise ved noen eksempler. Når foreldrene ber barnet sitt om noe, for eksempel om å rydde rommet sitt, kan barn ofte protestere. Barnet nekter og gjør situasjonen ubehagelig for foreldrene ved f.eks. et raserianfall (aversiv atferd). Barnet gjør dette i forsøk på å slippe den oppgaven det er blitt bedt om å gjøre. Dersom foreldrene opphever kravet om rydding for at barnet skal roe seg og

stoppe den ubehagelige atferden har barnets aversive atferd blitt negativt forsterket. En negativ forsterker innebærer at man øker sannsynligheten for atferden vil gjenta seg ved at man tar vekk et ubehag, i motsetning til positiv forsterker som øker sannsynligheten for at atferden vil opptre ved at man legger til et stimuli. Den ubehagelige atferden fra barnets side opphører når kravet unnslippes og barnet roer seg. Barnet “vinner” og slipper unna et umiddelbart ubehag. Barnet lærer at det slipper unna ubehag ved å vise aversiv atferd. Foreldrene, på sin side, lærer at dersom de opphører kravene og slutter å mase eller kreve noe av det, opphører den ubehagelige atferden til barnet. Det blir en kortsiktig gevinst for begge parter. Foreldrenes reaksjon (manglende oppfølging av kravet som bortfaller) blir forsterket ved at aversiv oppførsel fra barnets side fører til at barnet slipper det umiddelbare kravet om å gjøre som foreldrene har bedt han/hun om. Foreldrenes reaksjon på den aversive atferden øker sannsynligheten for at barnet vil gjenta denne atferden i et annet tilfelle. Det kan også skje i motsatt tilfelle. Foreldrene ber barnet rydde rommet og barnet nekter. Foreldrene repeterer kravet som ikke blir fulgt. Foreldrene tar deretter i bruk ubehagelige responser (aversiv atferd) ved kjefting og roping for å gjenvinne makten og for at barnet skal rydde rommet og gjøre som de har bedt om. Barnet rydder så tilslutt rommet (for at den ubehagelige oppførselen til foreldrene skal opphøre). Aversiv atferd blir møtt med aversiv atferd. Barnet lærer at det ikke trenger å rydde rommet før foreldrene bruker aversive teknikker, og foreldrene lærer at barnet rydder rommet dersom de bruker denne aversive atferden. Hver gang dette gjentar seg øker sannsynligheten for den aversive atferden vil opptre fra foreldrenes side, noe som bidrar til opptrapping av aggresjonen mellom familiemedlemmene. Foreldrene vil, dersom barnet protesterer enda mer, ty til mer kjefting og roping i et forsøk på å få barnet til å gjøre som det blir bedt om og “vinne” maktkampen. Dette at barn og foreldre bruker aversive teknikker for å få viljen sin (som da blir negativt forsterket) blir av Patterson kalt forsterkningsfellen (Patterson, 1982).

Dersom dette gjentar seg flere ganger kan det utvikles et mønster av samspillsituasjoner som er preget av press og tvang og ubehagelige responser. Dette betegner Patterson for “tvingende samspill”. Tvingende samspill kan beskrives som en fastlåst og tvangspreget familieprosess med hyppige og opptrappende konflikter mellom foreldre og barn (Patterson, 1982). The “Coercion Family Process” viser til at dette er en prosess der det opptrer en serie med handlinger som bygger på hverandre. De kan virke uskyldige i starten, men dersom dette mønsteret utvikler seg danner det til slutt et automatisert og skadelig samspillsmønster hvor

barnet lærer å opptre med antisosial atferd. Dette kan være vanskelig for foreldrene selv å få øye på, ettersom dette utvikler seg gradvis. Dersom dette mønsteret blir automatisert, fastlåst og dominerende blir det vanskelig for familiene å bryte ut av det på egenhånd. Patterson hevder at disse samhandlingene er godt innøvde automatiserte aksjon-reaksjonsekvenser som i liten grad er influert av kognitive vurderinger underveis. Alle familier har innslag av slik type atferd fra tid til annen. Det er imidlertid når det er dannet et stabilt mønster av antisosiale hendelser i barnets samhandling med familien, at det får konsekvenser for barnets sosiale utvikling. Tanken er at utfallet blir at barnet etterhvert blir dyktig til å benytte aversiv atferd også i sosiale atferd også i sosialt samspill med andre personer fordi denne formen for atferd allerede er innarbeidet fra samspillet i familien. Barnet lærer at tvingende samspill er en virkningsfull fremgangsmåte for å kunne påvirke sine omgivelser. Det kan være en effektiv måte å få kontroll i sosiale samspillsituasjoner på. Denne kontrollen er riktignok kortsiktig og er en hindring for å utvikle prososiale ferdigheter. Forskning viser at et slikt negativt samhandlingsmønster er en viktig prediktor for videre utvikling av antisosial atferd (Patterson, 1982; Patterson et al., 1992).

4.2.2 Videreutvikling av antisosial atferd

Ifølge Patterson, Reid & Dishon (1992) står barns antisosiale atferd i fare for å utvikle seg til en aksjons-rekasjonskarriere og forklarer denne utviklingen gjennom fire stadier mot en antisosial karriere som voksen:

1. Grunnleggende trening i antisosial atferd.
2. Reaksjoner fra de sosiale omgivelser
3. Søkende mot avvikende venner og finpussing av antisosial atferd
4. Karriere som antisosial voksen.

Først trenes barnet uintendert i antisosial atferd i omgang med foreldrene gjennom de mekanismer som er beskrevet overfor i det tvingende samspillet. Dersom barnet oppnår kortsiktige forsterkere gjentatte ganger slik at mønsteret begynner å bli automatisert i samspillet i familien, er det økt sannsynlig at de også starter å utprøve de antisosiale atferdsmønstrene også utenfor familien. De sosiale omgivelsene (lærere, venner ol) vil med økt sannsynlighet reagere med avvisning og straff på antisosial og aversiv atferd. Dette øker risikoen for at barna kommer til kort både faglig og sosialt. Dersom det blir utstøtt av

prososiale jevnaldrende økes risiko ytterligere for at barnet søker seg til barn som har de samme problemene som de selv. Barnet i fare for å tiltrekke seg venner som er speilbilder av dem selv. Dette reduserer muligheten for sosial trening med prososiale jevnaldrende. Dette er en konsekvens av at antisosiale barn tenderer til å velge barn som maksimerer deres tilfredsstillelse og utbytte i det sosiale samspillet (Patterson et al., 2002). Antisosiale barn har også utbredt motstand mot skole og autoritetspersoner som bidrar til en legitimering av økt opponering. Disse barna står i fare for å havne i en karriere som antisosiale voksne (Solholm et al, 2005). Patterson og kollegaer (1992) understreker at ikke alle barn går gjennom alle stadiene, men at dersom de befinner seg i et av stadiene er det stor sannsynlighet for at de har vært gjennom stadiet forut for dette (Solholm et al, 2005).

Den sosialinteraksjonistiske læringsteorien er utgangspunktet for utviklingen av PMTO-behandlingen. Ettersom atferden er tillært kan den avlæres eller forebygges gjennom læringsbasert behandling av foreldre og barn. Dette er det bygget opp mot i PMTO-behandlingen ved at foreldrene får kunnskap og ferdigheter i hvordan de kan endre sin samhandling med barnet.

5 Parent Management training

5.1 Hensikt og mål

Parent Management training - Oregon-modellen, heretter kalt PMTO, er et behandlingsprogram som tar sikte på å redusere atferdsvansker hos barn i alderen 4-12 år. Programmet springer direkte ut av forskning gjort av Patterson og hans kollegaer i Oregon Social Learning Senter i Eugene, Oregon. Forskningen har vist at et negativt og destruktivt samspill i familien bidrar til at barns atferdsproblemer oppstår, utvikler seg og opprettholdes. Det negative samspillet som utvikler seg er, som forklart i kapittel 4, teorien om tvingende samspill. Teorien forklarer at aversive hendelser kan utvikle seg til å komme inn i et fastlåst negativt samspillsmønster som foreldrene etterhvert ikke klarer å komme seg ut av på egenhånd (Ogden, 2010). Studier har vist at 50-60 % av barn med atferdsvansker i førskolealder fremdeles blir klassifisert med atferdsvansker i voksen alder (Ogden & Amlund-Hagen, 2008). Det er derfor viktig å endre foreldrenes atferd for å motvirke en slik utvikling på et tidlig stadie.

PMTO tar utgangspunkt i disse fastlåste og skadelige samspillsmønstrene i familier med barn med atferdsvansker og forsøker å erstatte disse med samspillsmønstre som fremmer samarbeid og positiv utvikling. Et hovedmål i PMTO er å endre destruktive interaksjonsmønstre på et tidlig stadie og forsterke barnets prososial atferd. Dette gjøres ved at foreldrene trenes i noen enkle og tydelige definerte foreldreferdigheter. Selv om det er barna som har atferdsvansker er det foreldrene som gjennomgår behandlingen for å endre foreldrenes oppdrageratferd. Gjennom denne endringen lærer foreldrene å legge til rette for et godt samspill som fremmer prososiale ferdigheter hos barn med atferdsvansker. Dette vil føre til et mer konstruktivt samspill mellom foreldre og barn og vil gjøre relasjonen mellom dem mer vennlig, forutsigbar og trygg. Disse foreldreferdighetene skal fremme samarbeid og trivsel og har gjennom forskning vist seg å forebygge, motvirke og redusere antisosial atferd (Ogden, 2010). PMTO fokuserer på fem foreldreferdigheter som vil hjelpe foreldrene med å skape en positiv interaksjon med barna sine: 1) positiv involvering, 2) grensesetting og disiplin, 3) tilsyn, 4) problemløsning og 5) oppmuntring av ferdigheter. Gjennom å øve på disse ferdighetene skal foreldrene bli mer bevisste og kompetente i sin rolle som omsorgsperson og oppdrager. Når foreldrene blir mer bevisste på hvordan de kan skape en

positiv relasjon og bedre samspill med barna sine, øker trivselen i familien, samt at barnet får en bedre tilpasning til hjem, skole og venner (Askeland et al, 2004). Foreldrene legger til rette for at barnet lærer prososiale ferdigheter gjennom de nye strategiske reaksjonene overfor barnets atferd. Målet med programmet er å endre barnets atferd gjennom å motivere og påvirke foreldrene til å endre sin forståelse, oppfatninger, kommunikasjon og interaksjon med barnet (Ogden, 2010).

Behandlingen, i tråd med teorien, fremhever at det er foreldrenes oppgave å legge til rette for å lære barna prososiale ferdigheter og det er de som er ansvarlige for å opprettholde et positivt klima i familien. Det tvingende samspillet utvikler seg gjerne over litt tid, og det kan være vanskelig for foreldrene å forstå hva som foregår, hvordan det har oppstått og hva de skal gjøre for å bryte det. Desto lenger relasjonen mellom foreldre og barn har vært destruktiv desto vanskeligere kan det være å bryte de fastlåste samspillsmønstrene. Gjennom de fastlåste samspillsmønstrene og et destruktivt samspill i familien, har foreldrene ofte utviklet et negativt syn på sine barn, som ofte ikke adlyder dem og som krangler på regler og beskjeder som blir gitt. Foreldrene har gjerne lidd mange nederlag i forsøk på å skape disiplin og et positivt familieklima og kjenner ofte på frustrasjon og lav mestringsfølelse i forhold til sin rolle som oppdrager.

Endringsprosesser er som regel krevende for de fleste mennesker ettersom det innebærer å endre på vaner og automatiserte reaksjonsmønstre. Arbeidet i PMTO består i å skape grunnleggende endringer i måten foreldrene uttrykker og håndterer sine reaksjoner på. Prinsippene i PMTO kan være lett å forstå, men kan være vanskelige å omsette i praksis. For noen foreldre kan også prinsippene stride mot deres egne holdninger i forhold til barneoppdragelse. Endringsarbeidet i PMTO dreier seg om både holdninger, kunnskap og å omsette dette i praksis. Terapeutens oppgave er å lede og støtte foreldrene gjennom denne personlige endringsprosessen. I Norge anses PMTO som en behandlingsmetode og “intervensjonistene” som terapeuter. Årsaken til det er at de endringene foreldrene må gjennom, ofte er så grunnleggende at de aller fleste vil trenge terapeutisk hjelp for å kunne lykkes med det (Solholm et al., 2005).

Denne endringsprosessen kan være vanskelig og krevende og nye strategier kan føles unaturlige og kunstige i starten (Solholm et al, 2005). Nye strategiske responser tar tid å innarbeide. Det er derfor lagt opp til å ha hyppige møter og praktiske øvelser gjennom

rollespill i behandlingen. Foreldrene får erfaring med at behandlingen er løsningsrettet ved å gjennomføre helt konkrete oppgaver.

5.2 Behandlingens ramme og varighet

PMTO er en prinsippbasert behandlingsmodell hvor ferdighetene formidles i en planlagt rekkefølge. Modulene bygger på hverandre og man går ofte ikke videre til neste modul før foreldrene har tilstrekkelig trening i ferdighetene innenfor modulen. Modulene tilpasses i stor grad individuelt til familiene innenfor den gitte rammen. Metoden innebærer bruk av rollespill, refleksjon og hjemmeoppgaver for å lære foreldrene ferdighetene de trenger (Askeland et al., 2014).

Foreldrene kommer til behandlingstimer hyppig, det vil si ca en gang i uka med en klokketimes varighet hver gang. Behandlingen innebærer refleksjon og trening på alle de fem foreldreferdighetene, men behandlingen tilpasses, som nevnt, individuelt til den enkelte familie og deres utfordringer. Familiene har ulike utfordringer og sterke sider og ressurser, og derfor har de også ulik progresjon i forhold til hvordan de tar til seg de ulike ferdighetene. Noen familier trenger flere behandlingstimer og derfor lenger behandlingstid enn andre familier. Hele behandlingen varierer mellom 10-50 møter, der gjennomsnittet er på 20-30 møter. Behandlingen varer derfor i 3 måneder til halvannet år, med et gjennomsnitt på 9 måneder (Solholm et al., 2005).

5.3 Behandlingens oppstart og struktur

Det første møtet i PMTO-behandlingen består av å gi foreldrene informasjon om behandlingen, kartlegge barnets og foreldrenes vansker, utfordringer og ressurser og å etablere en god samarbeidsrelasjon til foreldrene

Begge foreldrene oppfordres til å delta og aller helst sammen. Dette vil oppfordre til samarbeid mellom foreldrene og øke sjansen for forutsigbarhet for barna. Foreldrene kan også komme hver for seg dersom de ikke bor sammen eller hvis det er andre vanskeligheter med å komme sammen. Dersom det er nye partnere som bor sammen med barnet oppfordres disse også til å delta. Barnet deltar som regel ikke i behandlingstimene, bortsett fra første gangen. Senere kommer barnet bare til behandlingen dersom foreldrene trenger hjelp til å underrette

dem om tiltak fra behandlingen som vedkommer dem. I hovedsak skal foreldrene gjøre dette hjemme selv, da dette ikke risikerer å undergrave foreldrenes autoritet (Solholm et al, 2005). Foreldrene får trening i hvordan de kan underrette barna på en god måte.

Foreldrene blir bedt om å fylle ut et standardisert spørreskjema Eyberg Child Behaviour Inventory (ECGI). Dette skjemaet skal kartlegge omfanget av barnets atferdsvansker og hvor utfordrende foreldrene opplever at disse problemene er. Deretter får familien en strukturert samspillsoppgave som blir videofilmet. Denne samspillssekvensen består i at foreldre og barn skal gjøre en bestemt oppgave sammen. Hensikten med denne observasjonen er at terapeutene får et konkret inntrykk av samspillet mellom foreldrene og barn. Terapeutene får også en egen opplevelse av barnet og barnets samspillskvaliteter. Fordi terapeutene har sett dette samspillet med egne øyne kan behandlingen bygge videre på familienes sterke sider og gripe tak i deres konkrete utfordringer. Samspillsobservasjonen inviterer også barnet inn i oppstarten av behandlingen og barnet kan dermed få en bevissthet om at foreldrene nå skal få hjelp til å jobbe med samspillet som barnet vil bli en aktiv del av (Askeland et al, 2004).

Videre får foreldrene informasjon om hva behandlingen går ut på, og hvordan dette skal foregå. Informasjon om behandlingsmetodens positive forskningsresultater formidles og brukes for å skape motivasjon, behandlingsoptimisme og håp for at endring er mulig. Terapeuter og foreldre starter arbeidet med å utarbeide felles mål for behandlingen samt arbeidet med å bygge opp en god samarbeidsrelasjon med foreldrene. Det fokuseres på at er foreldrene skal føle seg trygge og får aksept for de utfordringene de møter. Dette skal danne et grunnlag for å klare å arbeide seg gjennom vanskelige temaer og at foreldrene skal være villige til å gå gjennom endringsprosessen. Jeg går videre inn på betydningen av samarbeidsrelasjonen og terapeutens rolle i kapittel 6.

Foreldrene får meg seg en perm med materiell for å kunne repetere på temaene og få huskelapper om hva de skal utføre fra gang til gang. Denne bygges på for hvert tema og inneholder skjemaer og illustrasjoner som gjør det lett for foreldrene å huske hva de skulle være bevisste på og ha oversikt over hvor de er i behandlingsforløpet. Foreldrene får hjemmeoppgaver mellom hver gang, som så i neste time blir evaluert og diskutert med terapeutene. Det er rom for å ta opp det foreldrene opplevde som vanskelig. Terapeutene ringer foreldrene mellom hver time, for å være tilgjengelige for spørsmål ved eventuelle utfordringer foreldrene har med oppgavene.

Møtene følger en fast struktur. Terapeuten gjennomgår først hvilke erfaringer foreldrene har gjort siden sist. Det foreldrene lykkes med fremheves og bekreftes. De utfordringene foreldrene har hatt møtes med en aksepterende, utforskende og problemløsende holdning. En stor del av timen blir brukt til å legge forholdene til rette for at den samme hjemmeoppgaven kan bli utført på en tilfredstillende til neste time. Man går ikke videre til neste tema før foreldrene mestrer den aktuelle foreldreferdigheten. Temaene gjennomgås og innøves på en konkret måte som gjør foreldrene istand til å bruke den nye kunnskapen i praksis (Solholm et al., 2005). Rollespill brukes for å eksemplifisere aktuelle situasjoner og for å trene foreldrene på de spesifikke ferdighetene. Foreldrene skal praktisere disse ferdighetene hjemme med hjemmeoppgaver. Dersom foreldrene ikke føler seg komfortable med dette legges det vekt på å øve videre på ferdighetene og diskutere eventuelle hindringer og utfordringer. Behandlingen tilpasses slik til familiens individuelle styrker og utfordringer.

5.4 Behandlingens innhold

Foreldreferdighetene deles inn i fem kjernekomponenter: oppmuntring, konsekvenser, tilsyn/oppfølging, problemløsning og positiv involvering. I tillegg inngår fire støttekomponenter: gode beskjeder, observasjon, regulering av følelser og kommunikasjon.

Rekkefølgen på de fem foreldreferdighetene er ikke tilfeldig valgt. Ferdighetene formidles i en planlagt rekkefølge hvor foreldrene først skal lære å oppmuntre til godt samspill før sanksjoner og konsekvenser blir innført. De lærer effekten av sin egen atferd ved at de lærer seg til å legge merke til hvordan deres egen atferd vil påvirke barnet til økt samarbeid. Behandlingen starter med foreldreferdigheten “gode beskjeder” og “ros, oppmuntring og belønning”. Når dette er innført går man videre til grensettingsferdigheter, og deretter ferdighetene “tilsyn” og “problemløsning”. Årsaken til denne rekkefølgen er at det blir enklere for foreldrene å innføre mer utfordrende strategier/oppgaver overfor barna når foreldrene har lært å henvende seg til barnet på en mer positiv måte. Litt avhengig av barnets alder og familiens utfordringer har terapeutene frihet til å jobbe med de komponentene familien strever aller mest med. Dersom det synes klart at foreldrene strever aller mest med tilsynsferdigheter kan trening av denne komme før i behandlingen, dersom foreldrene har gode strategier for å gi gode beskjeder og å gi oppmuntring og ros ved ønsket atferd.

Det er viktig å starte med komponenter som fører til rask endring slik at foreldrene får en opplevelse av å lykkes. Noe av oppstartens viktige mål er å skape optimisme og håp for at foreldrene skal lykkes i endringsarbeidet. Erfaringen med å lykkes med en oppgave raskt bidrar til å gi foreldrene tro på at det er mulig å endre samspillet med barnet (Askeland et al., 2004).

5.4.1 Gode og tydelige beskjeder

Hvordan foreldrene henvender seg til barnet sitt kan påvirke hvordan barnet samarbeider (Patterson og Foregatch, 2000). Dette er det første foreldrene trenes i på veien til å få et godt samarbeid med barnet. Foreldrene lærer hvordan beskjedene skal gis for å legge til rette for at barnet vil samarbeide. De fleste terapeuter og foreldre opplever at det å gi barnet gode beskjeder øker sjansen for at barnet samarbeider (Askeland et al, 2014). Det viser seg at det er en sammenheng mellom antall beskjeder foreldrene gir og omfanget av barnets problematferd. Mange og dårlige beskjeder fungerer som en negativ forsterkning som øker barnets motvilje til å samarbeide. Mødre i vanlige familier gir i snitt 17 beskjeder pr time, mens mødre til barn med atferdsvansker gir i snitt 27 beskjeder pr time (Patterson & Forgatch, 2000). Det er hensiktsmessig å hjelpe barnet ved å legge betingelsene til rette slik at barnet har en mulighet til å ville samarbeide.

Hvordan, hva slags og når beskjeder blir gitt er viktig for å få barnet til å oppfatte og å ville utføre beskjeden. Gode beskjeder kjennetegnes ved at foreldrene har øyekontakt og at de er fysisk nære når beskjeden blir gitt. Beskjeden skal gis vennlig men bestemt, være konkret og inneholde færrest mulig ord slik at det er lett å oppfatte den. Når foreldrene forteller barnet eksakt hva det skal utføre blir det tydeligere for barnet hva som forventes av det. For eksempel vil “putt tingene som ligger på gulvet på rommet ditt oppi kassene” være mer konkret enn “rydd på rommet”. “Vær hjemme i rimelig tid” er for eksempel en uklar beskjed da “rimelig tid” kan tolkes ulikt. Ved å gi et eksakt klokkeslett vil beskjeden blir mer konkret og tydelig og gir ikke rom for ulike tolkninger om hva som ble forventet. Det er heller ikke tydelig nok å fortelle barnet hva det skal holde opp med. Dersom barnet skal holde opp med noe, er det enklere for barnet å slutte med en oppgave dersom det får en beskjed om å gjøre noe annet i stedet. For eksempel “ikke lek i gata, lek i hagen”.

Det er også hensiktsmessig å tenke på tidspunktet og anledningen for når beskjedene blir gitt. Dersom barnet ser på favorittprogrammet sitt kan det være lurt å vente til det er over, slik at man får barnets fulle oppmerksomhet. Dersom barnet er ivrig opptatt med noe annet og beskjeden må bli gitt med en gang er det lurt å forsøke å få oppmerksomheten slik at man sikrer at barnet får beskjeden med seg. Det kan i visse tilfeller være lurt å vente til barnet har gjort seg ferdig med en yndlingsaktivitet slik at man øker sjansene for at barnet er mottakelig for å ta imot en beskjed og ikke minst ville utføre oppgaven.

Beskjedene skal ikke gis i form av spørsmål når barnet ikke har noen mulighet til å slippe oppgaven. Å forme en beskjed som et spørsmål kan åpne opp for eller virke som om barnet har en valgmulighet til å slippe å utføre oppgaven. Man unngår at barnet får muligheten til å svare nei på spørsmålet da foreldrene har bestemt at barnet skal utføre oppgaven.

Ved å gi barnet for mange beskjeder av gangen kan barnet lettere glemme hva det skulle gjøre da barnets hukommelse og oversikt ikke er så godt utviklet som hos de voksne. Det å gi få beskjeder av gangen legger til rette for at barnet klarer å huske hva den skal utføre og at oppgaven virker overkommelig å utføre.

Gjennom gode beskjeder får foreldrene sine første erfaringer med rollespill og øvelser. Terapeuten viser ulike former for beskjeder og foreldrene får tydeliggjort differansen mellom effektive og mindre effektive beskjeder. Foreldrene får prøve seg i både voksen- og barnerollen. Ved at foreldrene får muligheten til å spille barnerollen gir det en unik mulighet til å få en utvidet forståelsen av barnets perspektiv og evnen til å ta barnets ståsted øker. Når terapeuten illustrerer ineffektive beskjeder gitt med for mange ord, for utydelig innhold, med sint stemme og at beskjeden blir gitt for langt unna barnet, er det med på å normalisere foreldrenes situasjon ved at terapeuten tydelig viser forståelse for hvordan foreldrene ofte har det i samspillet med barnet. Normaliseringen av slike følsomme hendelser bidrar til at foreldrene kan reflektere over situasjonene uten å føle seg bebreidet (Askeland et al, 2004).

Ved at man introduserer gode beskjeder før man går videre med komponenten oppmuntring, lærer foreldrene å konsentrere seg om sin egen kommunikasjon overfor barnet. Gjennom dette lærer de å bli mer vennlige og forutsigbare. Når foreldrene har opparbeidet en utviklingsstøttende relasjon med barnet er barnet mer mottakelig for regler og grensesetting (Askeland et al, 2004).

5.4.2 Læring gjennom ros, oppmuntring og belønning

Neste steg er å lære å oppmuntre barnet til god og ønsket atferd. Barnets sosiale kompetanse styrkes gjennom positiv bekreftelse, problemløsningsferdigheter og foreldreinvolvering. Dette gjøres ved systematisk bruk av oppmuntring, ros og belønning når barnet viser ønsket atferd. Oppmuntring og ros brukes for å lære barnet nye ferdigheter, og spesielt god oppførsel (Apeland & Askeland, 2014). Ved hjelp av en positiv kommentar etter en positiv handling oppmuntres barnet til å fortsette med å vise ønsket atferd. Forsterkning som kommer umiddelbart etter en handling har vist seg å være mest effektiv. Foreldrene er de første og viktigste forbildene til hva barnet skal foreta seg og foreldrene kan forsterke ønsket atferd ved å rose og oppmuntre barnet. Når foreldrene reagerer positivt, umiddelbart og konsekvent, på ønsket atferd vil barnet over tid forstå sammenhengen mellom deres egen oppførsel og måten foreldrene reagerer overfor dem (Patterson 1982). Systematisk ros kjennetegnes ved at den er kort, oppriktig og spesifikk. Rosen gis i et språk barnet forstår ved at den er tilpasset barnets alder. Kroppsspråket bør være med vennlig stemme og anerkjennende ansiktsuttrykk med blikkkontakt og smil (Askeland et al., 2004). Rosen kan deles opp i små trinn og det kan være nødvendig å rose selv små oppgaver som feks: “Fint at du bruker innestemme”, “fint at du tar med lillebror i leken”, så fint at du har pakket skolesekken eller “godt gjort at du klarte å holde deg rolig selv om lillesøster rev ned puslespillet ditt”. Dette krever at foreldrene må definere hva som er ønsket atferd. Dette løser PMTO gjennom opplæring på sosiale alderstilpassete ferdigheter. Her brukes rollespill for å tydeliggjøre hva som er normal atferd og hva foreldrene bør reagere på. Foreldre får trening i å være oppmerksomme på hva barnet foretar seg, og legge merke til barnets positive handlinger for å kunne være raskt ute med ros og positiv oppmerksomhet. Det er hensiktsmessig å starte med små skritt for at barnet skal få anerkjennelse for sine handlinger og for å snu klimaet i familien fra negativt til positivt. Dersom det er vanskelig å motivere barnet med oppmuntring og ros, kan man i tillegg ta i bruk mer konkrete belønninger. Dette kan være morsomme aktiviteter som barnet verdsetter, leker eller materialer som barnet setter pris på eller tilgang til et privilegium. Et viktig prinsipp i PMTO er at belønninger som er opptjente ikke indras som straff for noe barnet har gjort galt i ettertid. Dersom barnet har gjort seg fortjent til en belønning, men har gjort noe galt i ettertid, skal belønningen likevel gis. For å systematisere belønningen kan et belønningsskjema taes i bruk. Belønningsskjemaet skal utarbeides av både foreldre og barn, slik at begge parter er aktivt deltagende i å bestemme hva slags belønning som skal gis for hva slags type atferd. I samarbeid med barnet lager foreldrene en liste som viser hvordan

barnets atferd belønnes med poeng som senere kan byttes mot materielle goder eller morsomme aktiviteter. Når barnet er delaktig i å utforme goder og oppgaver er det større sannsynlighet for at barnet vil gjennomføre oppgavene. En ønsket atferd vil ikke nødvendigvis resultere i goder umiddelbart men barnet kan opptjene poeng for hver gang det viser tegn til ønsket atferd. Først når barnet har tjent opp et visst antall poeng vil det kunne få en belønning. Foreldrene forklarer barnet hvordan listen fungerer og forteller hvilke aktiviteter som belønnes. Det avtales hvor mange poeng som kreves for daglig belønning og det settes en fast tid til hver dag for å gjennomgå listen (Apeland & Askeland, 2014). Belønningsskjemaet er laget for å tydeliggjøre hva foreldrene ønsker av barnet, og for konkret å vise barnet at de voksne setter pris på barnets atferd og samarbeid (Solholm et al, 2005). Barnet lærer at dersom det oppfører seg på en spesifikk måte vil det få noe spesifikt tilbake. Fordelen med å bruke belønningsskjema er at det fokuseres på den atferden som det har blitt enighet om. Systematisk bruk av ros og belønning gir barnet viktig tilbakemeldinger og fremmer barnets læring av nye ferdigheter og mestringsområder som barnet har behov for. Barnets små og store fremskritt løftes frem og belønnes på en systematisk og konkret måte. Foreldrene blir også gjennom denne prosessen klar over hvor viktig det er med positive tilbakemeldinger for å fremme ønsket og prososial atferd (Apeland & Askeland, 2014).

Formålet med oppmuntring og positiv involvering er å styrke tilknytningsrelasjonen og bryte det tvingende samspillsmønstret mellom barn og foreldre. Det er avgjørende at tilknytningsrelasjonen er preget av nærhet, innlevelse og kjærlige følelser for å bedre barnets utviklingsbetingelser. Ved at familiene gjør noe hyggelig sammen styrkes den positive involveringen og dernest også den følelsesmessige tilknytningen.

5.4.3 Grensesetting og disiplin

Grensesetting og negative konsekvenser er den foreldreferdigheten som problemfamilier sliter mest med (Ogden, 2009). Foreldrene må lære å bruke negative konsekvenser på en betinget måte. At konsekvensene er betinget innebærer at det skal være en systematisk forbindelse mellom atferd og konsekvens. Foreldre kan motvirke uønsket atferd ved å ha tydelige forventninger og å sette grenser med konsekvent bruk av milde negative konsekvenser. Det kan være svært krevende for foreldre å få til grensesetting når et barn er svært utprøvende. Som vi så i kapittelet om tvingende samspill blir aversiv atferd ofte brukt av både foreldre og barn, i familier med barn med atferdsproblemer, når motstanden og opposisjon mot beskjeder

øker hos barnet. Foreldre gir enten etter for den opposisjonelle atferden til barnet og lar barnet “vinne” frem med det, eller de blir frustrerte og reagerer med sterke emosjoner og gir konsekvenser som er lite gjennomtenkt. Dersom foreldre er inkonsekvente i forhold til oppfølging av beskjeder og grenser blir det uforutsigbart for barnet hvilken reaksjon det kan vente seg av foreldrene. Barn blir ofte svært usikre når de ikke vet hva som forventes av dem og de ikke vet hvilken reaksjon de voksne gir de. Ulike studier har vist at i tillegg til å være positivt involvert og oppmuntrende er det nødvendig å beherske bruk av små, milde og forutsigbare negative konsekvenser for å forebygge og stoppe atferdsvansker hos barn (Askeland et al, 2004). Det er derfor viktig at foreldrene trener på å opptre kontrollert og behersket og å bruke konsekvensene på en riktig måte.

Inkonsekvente, uforutsigbare, aggressive og strenge reaksjonsmåter skal bli erstattet av tydelige, rolige, milde og forutsigbare konsekvenser. Konflikteskalering unngås ved at foreldrene trenes i å få kontroll over egne følelser. Foreldrene skal øves i å gi negative konsekvenser basert på det barnet foretar seg, og ikke ut fra sin egen emosjonelle tilstand. Det er svært viktig at foreldrene har kontroll over følelsene sine og ikke lar seg provosere, men istedet handler rasjonelt i forhold til de reglene for atferd som er avtalt og bestemt på forhånd. I tillegg til å trene seg til å opptre behersket er det også god hjelp i å ha en plan over grensettingen. Slik kan reglene håndheves konsekvent uten at det brukes aversiv atferd mot barnet eller at situasjonene styres av negative emosjoner.

Prinsipper ved bruk av negative konsekvenser er:

- Være rolig, men bestemt
- Bruke små milde negative konsekvenser – reaksjonen må stå til handlingen
- Handle umiddelbart
- Være konsekvent – lik reaksjon hver gang til samme type atferd
- Ikke argumentere eller kreve løfter
- Holde passende fysisk avstand
- La konflikten ligge når situasjonen er over

De tre grensesettingsverktøyene i PMTO er pausetid, ekstraoppgaver og tap av gode. På samme måte som ved oppmuntringsverktøyene skal grensesettingsverktøyene også være avklart og informert om på forhånd slik at barnet vet hvilke konsekvenser det kan vente seg ved ulik type atferd. Barnet må få vite hva de ulike verktøyene innebærer og hvor lenge de kommer til å vare. På denne måten blir grensesettingen forutsigbar for barnet og hjelper foreldrene å ha en plan slik at de kan unngå at grensesettingen blir for streng eller for styrt av sinne i situasjonene (Apeland & Askeland, 2014).

Pausetid skal ikke ha en straffeintensjon og brukes når barnet nekter å samarbeide om beskjeder, argumenterer eller viser aggresjon. Det defineres som fravær av positiv forsterkning eller mangel på oppmerksomhet og egner seg i situasjoner der det å trekke seg unna og skape avstand er hensiktsmessig. Barnet skal ikke tvinges til fysisk å fjerne seg da det lett kan komme til å eskalere i situasjon hvor foreldrene holder eller drar i barnet. Foreldrene skal istedet bruke en alternativ konsekvens, hvor man kan benytte tap av et gode, i de situasjonene barnet ikke vil gå til pausetid av seg selv. Dette hjelper foreldrene å ha kontroll over situasjonen uten å måtte fysisk tvinge barnet, da det ofte kan eskalere i økt oppponering og tvingende samspill.

Ekstraoppgaver brukes når barnet har gjort mer alvorlige regelbrudd, som å bryte avtalte innetider, vise aggressiv atferd eller utøve vold, lyve, stjele eller å begå hærverk. Barnet får en kort oppgave tilpasset barnets utviklingsnivå som kan gjøres uten tilsyn av en voksen. Oppgavene må være tydeligjort og avtalt på forhånd og komme med en oppgavebeskrivelse dersom den voksne ikke skal være til stede. Barnet får her en mulighet til å gjøre opp for seg. Dersom barnet ikke vil utføre ekstraoppgaver bruker foreldrene neste grensesettingsverktøy, som er tap av gode.

Tap av gode brukes dersom barnet ikke vil samarbeide om pausetid eller utføre ekstraoppgaver. Den voksne tar fra barnet et gode som er betydningsfullt for barnet en kort periode, mellom 15 og 60 minutter. Dette er et gode barnet vanligvis har tilgang til og som barnet liker å holde på med. For eksempel kan dette være bruk av tv, dataspill, mobiltelefon eller utelek. Etter at foreldrene har lært seg gode beskjeder, oppmuntrings og grensesettingsverktøyene kan terapeuten innføre hovedkomponentene tilsyn og

problemløsning. Hvilken del de skal ta tak i først er avhengig av hva familiene har størst behov for.

5.4.4 Tilsyn

Hensikten med å lære foreldrene tilsynsferdigheter er at foreldrene skal forstå betydningen av å ha tilstrekkelig oppfølging av barnet. Barnet vil trenge tilsyn fra de er født, men selv om barnet etterhvert klarer mange ting selv er det ikke dermed sagt at barnet ikke trenger oppfølging. Foreldrene bør ha en oversikt over hvem barnet er sammen med og hvor det ferdes, selv utover i tenårene.

I familier med barn med atferdsvansker kan tvingende samspill føre til at tilsynsoppgavene føles tyngre og vanskeligere og foreldrene blir mindre motiverte for tilsyn med barnet.

Oppfølgingen og tilsynet med barnet kan være manglende, men det kan også bli for kontrollerende og styrende hvor barnet ikke får noe frihet eller handlingsrom til å utforske vennerelasjoner på egenhånd. Hvis tilsynet blir for kontrollerende eller negativt rettet får ikke barnet noe hjelp til å utvikle autonomi. Det kan føre til økt opposisjon eller det kan skape stress hos barnet.

Tilsyn sikrer trygghet for barnet. Det hjelper foreldrene til å følge med i hva barnet foretar seg og på den måten gir de muligheten til å kunne veilede barnet og hindre potensielle farer underveis. Det gir også barnet en følelse av trygghet ved at de vet at foreldrene følger med. På den måten forebygges psykiske og fysiske skader. Det er tre dimensjoner i tilsyn: foreldrene observerer og vurderer hva barnet faktisk gjør, foreldrene tilrettelegger for trygge og utviklende aktiviteter og foreldrene har oversikt over hvem barnet er sammen med og hva det gjør når de selv ikke er sammen med det.

Godt tilsyn gjelder både hva barnet foretar seg i hjemmet og “en viss oversikt” over hva barnet foretar seg utenfor hjemmet. Godt tilsyn vil innebære at foreldrene er tilstede og følger med på hva barnet gjør og hvordan barnet har det. Det gir foreldrene innsikt i hvilke utfordringer barnet står i og kan lettere lese hva barnet trenger ut fra situasjonen. Det gjør også at de kjenner barnets reaksjoner og ulike egeskaper bedre. Det gir rom for å gi ros og oppmuntring umiddelbart ved ønsket atferd og mulighet for å hjelpe barnet ved vanskelige situasjoner eller oppgaver. Gode tilsynsferdigheter er avhengig av at foreldrene har

aldersadekvate vurderinger av barnets behov, og følger opp og veileder i den grad det er nødvendig på en oppmuntrende måte. Tilsynsferdigheter innebærer også at man har en oversikt over hvor barnet ferdes og hvem det er sammen med når de ikke er sammen med foreldrene. For eksempel er det av betydning at man har god kontakt med andre foreldre og voksenpersoner barnet er i kontakt med (for eksempel lærere og voksne i fritidstilbud). Tilsyn gjelder alle de arenaene barnet ferdes på. For barn med atferdsvansker legges det spesielt vekt på tilsyn utenfor hjemmet. Barn med atferdsvansker søker lettere mot andre barn som har lik atferd som de selv og som unndrar seg voksentilsyn.

Foreldrene styrker barnets sosiale tilpasning ved at de finner en balanse mellom barnets behov for beskyttelse og autonomi. Foreldrene diskuterer og reflekterer med terapeutene og lærer å justere forventningene etter hva som er et hensiktsmessig tilsyn av barnet på ulike alderstrinn. Tilsyn innebærer også å lage gode rutiner og regler for innetider. Når familien skal utarbeide regler har de nytte av problemløsningsferdigheter. Dermed kan de også følge opp med ros eller problemløsningsstrategier, som er den neste foreldreferdigheten (Askeland et al., 2004).

5.4.5 Problemløsning

Når barnet står i ulike krevende situasjoner, enten det er med jevnaldrende eller i forhold til foreldre og andre voksne, må det ha hjelp til å lære seg strategier for problemløsning. Dette er ferdigheter barnet har god bruk for i mellommenneskelige relasjoner. Denne komponenten anses som viktig for at familien skal utvikle evne til samarbeid, inngå kompromisser og kunne løse problemer i felleskap. Foreldrene lærer her metoder for å ta barnet med i viktige avgjørelser på en måte som gjør at barnet føler seg inkludert. Dette gjør at barna får si sin mening i saker som angår dem, noe som gjør at de føler seg inkludert i viktige avgjørelser i familien. I mange tilfeller kan reglene justeres etter barnas ønsker, men det er likevel de voksne som har ansvar for den endelige beslutningen. Modellen brukes for å strukturere samtaler i familiene hvor foreldre og barn kan drøfte regler og rutiner eller løse konflikter og uenigheter. Jo eldre barnet er desto mer relevant er problemløsning som foreldreverktøy (Apeland, & Askeland, 2014). Problemløsningsmodellen i PMTO består av fem trinn:

1. Beskrivelse av målet
2. Idedugnad om løsninger
3. Vurdering av løsningene

4. Utarbeidelse av en plan
5. Skriftliggjøring av en avtale

Modellen kan brukes for å strukturere samtaler om noe viktig som må utarbeides i familiene. Modellen egner seg også til å strukturere foreldrene i familiemøter. Den trinnvise modellen legger opp til at møtet foregår på en ryddig og strukturert måte, og tilrettelegger for at prosessen med å ta en beslutning gjøres på en inkluderende og samarbeidende måte. Møtet kan brukes til å planlegge aktiviteter, endre inngåtte avtaler, håndtere uenighet eller hjelpe barnet til å finne nye løsninger. Tydelige forventninger og regler om hvordan man oppfører seg i møtet må formidles på forhånd. Hvis noen av familiemedlemmene strever med å følge regler som å snakke vennlig eller vente på tur, avsluttes møtet.

Problemløsning i familien blir en modell for hvordan barnet kan løse sosiale problemer utenfor familien. For konfliktsituasjoner er det viktig at barnet trenes i å formidle hva som er bakgrunnen for konflikten og hvordan barnet opplever det. Foreldrene bruker her prinsipper fra aktiv lytting; holde blikkkontakt med barnet, bekrefte at man forstår problemet, gjenta hva barnet har formidlet slik at barnet opplever at det er hørt og stille utforskende spørsmål. Eksempel på slike spørsmål er “hva skjedde?”, “hva gjorde du?”, “hva gjorde de andre?” og “hva tenkte du da?”. Da får man tak i hva barnet synes er vanskelig. Deretter er oppgaven å få tak i hva barnet har for motiver eller ønsker. Hvis ikke barnet selv klarer å formidle det, kan den voksne hjelpe det på vei. Ved å forsøke å oppfatte hva barnet prøver å formidle. For eksempel: “Du vil gjerne være med i leken?” Når barnet klarer å beskrive problemet trenger det anerkjennelse fra foreldrene. Videre er oppgaven å finne løsningen på problemet, eller konflikten, sammen med barnet og utfordre det til å komme med flere løsninger. Mange barn velger den første løsningen de kommer på og handler med en gang. Foreldrene kan hjelpe til ved å komme med forslag på alternative løsninger. For å hjelpe barnet videre i prosessen med å finne den løsningen som kan være mest hensiktsmessig for barnet trenger foreldrene å være konkrete, oppmuntrende og formidle at alle ideer er gode ideer. Foreldrene kan også hjelpe barnet å se konsekvensene av de valgene de ønsker å ta ved å spørre hva de tror blir konsekvensene av å velge den løsningen. Deretter leder man barnet til å velge en god løsning. Dette gjør at barnet kan velge en løsning på bakgrunn av egne refleksjoner og ut fra en evaluering av ulike løsninger. Ved å velge en god løsning vil barnet føle seg som en vinner (Apeland & Askeland, 2014). Dette setter igang en refleksjon i barnet og trener det

til å tenke seg om før det handler. Barnet læres opp i å bruke strategier for å takle et sosialt problem på en god måte (Ogden 2009).

Som i de andre foreldreferdighetene i PMTO-behandlingen trenes foreldrene i ferdighetene før de prøver de ut med barna i form av hjemmeoppgaver. Samtidig får de diskutere og reflektere med terapeutene, over hvilke regler eller rutiner som skal innføres og hvordan og hvorfor dette skal innføres. I etterkant evalueres også hvordan det ble formidlet og gjennomført sammen med barna.

5.5 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg beskrevet PMTO-behandlingens *hva*: strukturen og innholdet i PMTO behandlingen. De ulike komponentene foregår i en strukturert rekkefølge. Det fokuseres på fem foreldreferdigheter som vil hjelpe foreldrene med å skape en positiv interaksjon med barna sine: 1) positiv involvering, 2) grensesetting og disiplin, 3) tilsyn, 4) problemløsning og 5) oppmuntring av ferdigheter. Selv om foreldretreningen foregår etter en (delvis) strukturert plan har terapeutenes spillerom for å tilpasse terapien individuelt til familienes utfordringer. Slik blir også behandlingsvarigheten forskjellig fra familie til familie. Familiene får hjemmeoppgaver for trinnvis å lære og bruke de nye ferdighetene. Terapitimene brukes til å reflektere og diskutere for å få frem det foreldrene opplever som vanskelig. For å illustrere og øve på det som er vanskelig benyttes rollespill både av terapeut og foreldre. Det viktigste som skjer i PMTO-behandlingen er at foreldrene blir mer positivt involvert i barnet og at de skaper brudd i det tvingende samspillsmønsteret (Solholm et al., 2005). Dette gjøres ved at de trener på nye ferdigheter innen kommunikasjon, oppmuntring, grensesetting og regulering av følelser.

PMTO er en manualbasert behandlingsmetode hvor det er definerte oppgaver terapeuten skal mestre. Oppgavene dreier seg om to nivåer: Det dreier seg om *hva* foreldrene skal lære, i form av hvilke foreldreferdigheter de skal lære seg å bruke overfor barna sine. Dette har vi gjennomgått i dette kapittelet. En parallell utfordring til dette ligger i prosessen om *hvordan* disse best læres. Det andre nivået handler om sentrale terapeutiske strategier for hvordan man kan lære foreldrene de nye ferdighetene på en god måte. I neste kapittel vil jeg gå nærmere inn på behandlingsprosessen: hvordan jobber terapeutene for å

få til et godt samarbeid for å fremme en god læringsprosess hos foreldrene? Hvilke utfordringer kan være en hindring for å oppnå dette?

6 Den terapeutiske prosessen – suksesskriterier og utfordringer

I dette kapittelet ser jeg nærmere på hva den terapeutiske relasjonen har å si for behandlingsresultatet, samt hvordan metoden i PMTO er bygget opp for og best mulig formidle og trene ferdighetene til foreldrene. Foreldre kommer ofte til behandling med mange negative opplevelser av et aversivt-preget familiesamspill, med lave forventninger om å mestre egen oppdrageratferd og barnets vanskelige atferd. De er også ofte i villrede på hvordan de skal unngå slike opplevelser. Behandlingen har som utgangspunkt at det er foreldrene som er den viktigste ressursen for å skape endringer i barnets atferdsmønster. Det er de som må gjennom den krevende endringsprosessen for å kunne gi barnet bedre utviklingsbetingelser. Mange foreldre har motstand mot denne endringen.

Behandlingsteknikker er viktig for å klare å møte de utfordringene foreldrene har i denne endringsprosessen på en måte som opprettholder motivasjonen, mestringstroen og håpet for en positiv endring i familien. Hvilke metoder brukes i behandlingen og hvilke utfordringer møter terapeuten på i behandlingen av foreldre som har barn med utagerende atferdsvansker? Hvordan skal foreldrene få tilbake troen på at endring av barnets atferdsvansker er mulig? Hva er terapeutens rolle i denne prosessen? Først presenterer jeg noen utfordringer og konsekvenser av tvingende samspill og atferdsvansker i familiene.

6.1 Utfordringer i familier med atferdsvansker – underliggende faktorer

Observasjonsstudier viser at foreldre med atferdsvanskelige barn overklassifiserer barnas atferd som problematiske i betydelig høyere grad enn foreldre som ikke har barn med atferdsvansker. Det vil si at de oppfatter oftere at “vanlig” atferd er problematferd. Dette er undersøkt gjennom en serie med forskningsprosjekter hvor foreldrene fikk se videoopptak av barn, hvor de skulle vurdere atferden til barna. Foreldre med atferdsvanskelige barn anså atferd som avvikende og negativ i større grad enn foreldre som ikke hadde atferdsvansker. Dette har negative konsekvenser for foreldreatferd og atferdsvansker. Patterson og Forgatch (2010) hevder at “denne tendensen til å overklassifisere problematferd gir seg utslag i større grad av aversiv eller negativ oppførsel fra foreldrenes side, noe som igjen predikerer økt hyppighet av problematferd hos barna” (Patterson & Forgatch, 2010: 173). For at foreldrene

skal klare å gi ros for ønsket oppmerksomhet er det viktig at foreldrene klarer å skille problematferd fra normal atferd hos barn på ulike alderstrinn. Patterson antar at foreldre som feilklassifiserer nøytral barnatferd som avikende, også er mindre villig til å endre sin foreldrepraksis (Patterson & Forgatch, 2010). Ved høy grad av overklassifisering kan det ta tid å jobbe med å skille mellom negativ atferd som bør stoppes og vanlig atferd man kan overse, eller kanskje til og med snus til noe positivt. Det å skille problematferd fra vanlig atferd er dermed sentralt for å minske negativ oppmerksomhet til barnet, noe det også trenes på i PMTO ved hjelp av rollespill og registreringsskjemaer.

Samtidig viser det seg at det er en tendens hos foreldrene til atferdsvanskelige barn å tillegge barna sine negative egenskaper oftere enn hos foreldre som ikke har atferdsvanskelige barn. Forskere har lagt merke til at foreldre med atferdsvanskelige barn har en tendens til å snakke oftere og lengre om de negative sidene hos barna. Dette kaller vi negativ attribusjon og Patterson kom med antakelsen om at negativ attribusjon indirekte påvirker foreldrepraksisen. Det har blitt påvist en sammenheng mellom score på negativ attribusjon og avvikende foreldrepraksis, og videre viste det seg at avvikende foreldrepraksis predikerte aggresjonsnivået hos barna (Patterson & Forgatch, 2010). PMTO jobber for å minske denne tendensen hos foreldrene ved å fokusere på ressursene og de positive egenskapene i familiene, både hos foreldrene og barna.

Både overklassifisering og negativ attribusjon kan gi seg utslag i at barna oftere får korrigeringer, skjenn og negativ oppmerksomhet, noe som igjen øker sannsynligheten for økt tvingende samspill. Barnet får negativ oppmerksomhet også for atferd som ikke er problematferd, som barn uten atferdsvansker ser ut til å ha en større tendens til å unngå. Foreldrenes intensjon er ofte å stoppe atferd de anser som problematferd ved å korrigere, mase, skjenne og å bruke trusler. Studier viser at dette er ineffektive strategier som har en tendens til å øke problematferd heller enn å stoppe den. Det ser ut til at sannsynligheten for at barna vil øke trassig og aggressiv atferd tilbake er høyere i familier hvor foreldrenes strategier er skjenn, mase og trusler heller enn å bruke strategier som gode beskjeder og bruk av belønning og positiv oppmerksomhet. Foreldrene trenger å lære hvordan man kan redusere uønsket atferd og tvingende samspill gjennom prososial atferd og samhandling. Det som ofte blir et resultat av økt negativ oppmerksomhet er akselererende straff og økt tvingende samspill (Patterson & Forgatch, 2010).

Barn som får inkonsekvente (uforutsigbare) sosiale forsterkere står i fare for å utvikle det vi kan kalle manglende responsivitet. Antakelsen er at når barn ikke opplever at det han eller hun gjør blir konsekvent forsterket mister forsterkningen sin effekt over tid. Barnet reagerer etterhvert mindre på positiv forsterkning, fordi barnet ikke opplever noen kobling mellom atferden sin og forsterkere fra det sosiale miljøet. Det er derfor viktig at belønning og positiv forsterkning gis konsekvent for ønsket atferd slik at barnet ser sammenhengen mellom atferden og responsen det får av foreldrene og omgivelsene. Dette er bakt inn i behandlingen i PMTO, og konsekvent bruk av belønning er en av foreldreferdighetene det trenes på.

For å møte disse utfordringene må behandlingen både rettes mot hva disse foreldrene skal trene på, som å regulere følelser, og å identifisere uønsket og ønsket atferd hos barnet, og hvordan terapeuten skal løse foreldrene gjennom å endre holdninger, følelser og atferdsrepetoar i oppdragelsen av barna.

6.2 Oppstarten av behandlingen – følelser, forventninger og samarbeidsallianse

Studier viser at foreldre med atferdsvanskelige barn opplever seg som mislykket når de sammenligner seg med andre foreldre (Apeland, 2014). Denne følelsen forsterkes i daglige maktkamper hvor de ikke klarer å få barnet til å adlyde ordrer og eller å få barnet til å samarbeide. Foreldre som har en historie med bruk av tvingende samspill og barn med atferdsvansker har ofte en opplevelse av nederlag, skyld og skamfølelse når de kommer til behandling eller veiledning (Apeland, 2014). Det har også ofte utviklet seg en negativ atmosfære i familiene, hvor innstillingen til hverandre preges av negative følelser mellom barn og foreldre som følge av alle maktkampene (Patterson og Forgatch, 2010). For ikke å forsterke nederlagsfølelsen til foreldrene er det betydningsfullt at terapeutene arbeider for at foreldrene skal oppleve aksept og forståelse for deres situasjon. Dette arbeidet er noe av det viktigste som skjer i oppstarten av behandlingen.

Dette terapeutiske tillitsforholdet kaller vi samarbeidsallianse og forholdet består av følelser og holdninger deltakerne har for og mot hverandre og hvordan disse blir uttrykt. I alt terapeutisk endringsarbeid er det nødvendig at terapeuten arbeider med å etablere en god samarbeidsallianse med klienten, og at det arbeides kontinuerlig med å bevare denne i behandlingsforløpet (Apeland, 2014). Samarbeidsalliansen innebærer at det må bygges et forhold mellom deltaker og terapeut som er preget av tillit, aksept, åpenhet og troverdighet. Disse anerkjente faktorene har vist seg å skape og opprettholde en god samarbeidsallianse og er innbakt i både innholdet og strukturen i PMTO-behandlingen. Denne samarbeidsrelasjonen mellom foreldre og terapeut er en viktig forutsetning for at foreldrene skal kunne engasjere seg i den vanskelige endringsprosessen de skal gjennom (Fretz & Gelso, 2001).

Det å skape tro, håp og optimisme hos foreldrene for at endring er mulig, er helt sentralt i oppstarten. Samarbeidsalliansen formes av virkemidler som normalisering, omfattende støtte og bekreftelse. Dette er spesielt viktig i oppstartsfasen av terapien. I PMTO formidles det i oppstarten av behandlingen at det sjelden er én bestemt årsak til atferdsvanskene til barna, men at den er sammensatt. Det rettes ikke noen pekefinger mot hva foreldrene har gjort galt og man er ikke opptatt av å fordele skyld. Terapeutene er mer opptatt av å formidle hvilke faktorer som opprettholder et negativt samspill, og ikke på å finne ut hvordan dette historisk har utviklet seg i den enkelte familie. Hovedfokuset er å rette blikket fremover og fremheve hva man kan gjøre for å snu denne utviklingen. Det arbeides med å myndiggjøre foreldrene ved å fremheve at foreldrene er de mest betydningsfulle rollemodellene for barna og at det er foreldrene som har nøkkelrollen i å legge til rette for barnets sentrale utviklingsbetingelser. Det er de som mulighet til å være pådrivere og utviklingsstøttende i å lære barna prososiale ferdigheter og sette betingelser for ønsket og uønsket atferd (Patterson, 1982). Foreldrene blir fortalt at de i behandlingen skal lære noen nye verktøy som foreldre med atferdsvanskelige barn trenger for å lykkes som oppdragere ved å legge til rette for positive utviklingsbetingelser for barnet. Dette gjøres for å normalisere foreldrenes situasjon, og minske skyldaspektet.

Foreldre som det er vanskelig å opparbeide en slik samarbeidsallianse med er preget av at de har en historie med å mislykkes med grensesetting, de er deprimerte eller er antisosiale og de viser en tendens mot å leve i en kontekst preget av stress, svak økonomi og lav utdanning. Det er også vanskeligere å opparbeide en god samarbeidsallianse i de sakene hvor familiene er henvist til behandling av andre instanser, noe som forekommer oftere enn ellers for familier

med atferdsvanskelige barn (Apeland, 2005). Dette bekrefter hvor viktig arbeidet med samarbeidsalliansen er i forhold til denne klientgruppen. Terapeutene skaper håp ved å vise til de gode resultatene PMTO har oppnådd i tidligere forskning. På bakgrunn av målene i PMTO og foreldrenes ressurser, utarbeider terapeut og foreldre i felleskap konkrete mål for behandlingen til den enkelte familie. Terapeuten skal ikke innta en suveren ekspertrolle men istedet fokusere på å etablere en terapeutisk samarbeidsallianse som tar hensyn til den enkelte families særegne historie og ideer både om hva som kan hindre og fremme endring i deres familie (Apeland, 2014).

Foreldrene skal som en av de første oppgavene i behandlingen identifisere sine styrker. Ved å sette fokus på det foreldrene er gode på danner man håp og mestringstro hos foreldrene. Dette er det samme prinsippet som blir brukt når foreldrene selv skal forsterke ønsket atferd hos barna sine, man forsterker den atferden man ønsker mer av, og man bekrefter foreldrene ved å påpeke hva de er gode til. Ved å fokusere på positive foreldreferdigheter øker man sannsynligheten for at tvingende samspill minsker (Patterson & Forgatch, 2010). Derfor lærer foreldrene komponentene å gi gode beskjeder og ros og oppmuntring før de lærer mer avanserte ferdigheter som problemløsning og det å sette grenser.

6.3 Motstand i behandlingen

Konfrontasjon og belæring ser ut til å være uegnet i behandlingen, og spesielt i oppstarten. Patterson og kollegaers forskning på terapeutatferd viser at når terapeuten konfronterer og har en belærende stil, øker foreldrenes motstand. Dette kan hindre utviklingen av en god samarbeidsallianse. Analysen viste også at dette har konsekvenser for terapeutens rolle, da foreldremotstand predikerte en avtagende interesse hos terapeuten for familien (Patterson & Forgatch, 2010). Motstandsbegrepet hos foreldrene vi snakker om her er et operasjonalisert begrep utviklet av Oregon Social Learning Center, og som viser til observerbare utsagn og handlinger i samspillet mellom terapeut og klient (forelder) (Patterson & Chamberlain, 1994). Vi kan også kalle det for “samarbeidsmåter”. (Steve de Shazer ref. i Apeland, 2005). Selv om motstandsbegrepet henviser til samarbeidsmåter foreldrene fremviser i samspillet med terapeuten er det naturlig å tenke seg at motstanden hos foreldrene blir påvirket av hvor stor nederlagsfølelsen og håpløsheten foreldrene føler når de kommer til behandling, hva slags oppfatning de har av barnet og hvilke holdninger, kunnskaper og oppfattelser de har i forhold

til behandlingsprosessen. Andre ytre forhold som depresjon, antisosiale eller sosiale egenskaper og økonomisk status har også innvirkning på hvor stor denne motstanden er. Dette har betydning for hvor mye motstand foreldrene tar med seg inn i prosessen, som videre kan ha betydning for behandlingens effektivitet og resultat, gjennom at terapeuten strever mer med å opparbeide en god samarbeidsallianse. Motstanden kan minske og øke i løpet av behandlingsprosessen og den øker ofte når foreldrene skal gjennom vanskelige temaer. Motstandsbegrepet er kategorisert i tre fenomener: 1. Jeg kan ikke, 2. Jeg vil ikke og 3. Jeg gjør ikke (Patterson & Chamberlain, 1994). Dette handler i stor grad om foreldrenes vilje, tro, motivasjon og evne til å inngå i endringsprosessen. Når vi kan kalle dette samarbeidsmåter viser det til terapeutens ansvar i arbeidet med å legge til rette for en god samarbeidsrelasjon, da endringsprosessen skapes i samspillet mellom terapeut og foreldre. Likevel er det terapeuten som må være eksperten ved å være sensitiv overfor foreldrenes vansker, og å kunne arbeide med refleksjon og rollespill der motstanden til foreldrene er størst. Da foreldrene ofte vil være fastlåst i deres virkelighetsforståelse som er preget av få forslag til løsninger, må terapeutene sette i gang en refleksjonsprosess og samtidig sette frem eksempler på flere løsninger som foreldrene kan velge å bruke. For å illustrere ulike situasjoner for foreldrene og for å øve på perspektivtaking brukes rollespill.

Motstand er ikke nødvendigvis ensbetydende med et dårlig behandlingsresultat, med det kommer an på hvor i behandlingsforløpet den forekommer og i hvor stor grad den gjør det. Annette Apeland (2005) viser til en studie av Stoolmiller, Duncan, Bank og Patterson hvor økt motstand midtveis i behandlingen men som ble redusert ved avslutningen, henger signifikant sammen med reduserte arrestasjoner hos ungdommen to år etter behandlingsavslutning. Det kan tyde på at det å arbeide seg gjennom vanskelige deler av behandlingen likevel fører til gode resultater tilslutt.

Det at behandlingen er strukturert og at enkelte ferdighetskomponenter kommer før andre betyr ikke at terapeutene må følge denne rekkefølgen slavisk. Terapeutens oppgave er å være fleksibel og tilpasse seg familiens behov og ferdighetsnivå gjennom hele behandlingsforløpet. Endringsprosessene fortoner seg derfor forskjellig for familiene etter hva slags ressurser de har, kontekstuelle forhold og motivasjon (Apeland, 2014). Det kan imidlertid oppstå noen utfordringer når man jobber med en prinsippbasert behandlingsform med et klart mål. Hvordan kan terapeutene sikre god dialog når behandlingen skal følge et fastlagt innhold? Terapeuten må til enhver tid sjekke ut hvor foreldrene befinner seg i endringsprosessen og

den terapeutiske innsatsen må tilpasses i tråd med foreldrenes ståsted og mottakelighet for behandling. Foreldrene vil ofte være fastlåst i egen virkelighetsforståelse preget av få forslag til løsninger, noe som ofte bidrar til å opprettholde barnets vansker. Foreldrene må både utvide forståelsen av samspillet og øve på nye og hensiktsmessige strategier for å mestre det. Terapeuten har en utfordring i spennet mellom å støtte og bekrefte foreldrenes opplevelser og å utvide deres handlingsrepertoar. Foreldrenes forståelse av samspillet må utvides og tilføres nye handlingsstrategier før barnet kan få bedre utviklingsbetingelser (Askeland et al., 2014). I kapittelet som tok for seg innholdet i PMTO-behandlingen (kap 5) må foreldrene lære seg å se forskjellen mellom positiv, nøytral og negativ atferd og de må lære å regulere følelsene sine i samspillet med barnet. Til dette arbeidet er rollespill en nøkkelmetode. Først kan terapeuten vise generelle dagligdagse situasjoner som er vanlige i samspillsmønstre i familier med atferdsvanskelige barn. Dette skaper en gjenkjennelseseffekt og bidrar til at foreldrene føler mer normalisering og mindre skam og skyld. Etterhvert som foreldrene føler seg tryggere kan konkrete situasjoner fra den enkelte familien brukes i rollespillene. Dette skaper et felles utgangspunkt for forståelse og kan rette opp eventuelle misforståelser. Terapeut og foreldrene bytter på å spille barnerollen og voksenrollen, noe som bidrar til at foreldrene kan få økt innsikt i barnets perspektiv. Foreldrene fanger ofte poengene raskere når de får dem illustrert på handlingsnivå. Rollespill bidrar til å konkretisere ulike situasjoner, nye foreldreferdigheter og strategier. Samtidig er det viktig at terapeuten åpner for refleksjon i etterkant slik at foreldrene guides og hjelpes til selv å se hva som skjer i samspillsituasjonen de nettopp har konkretisert i rollespillet. Dette kan bidra til at foreldrene føler at det blir mindre belæring fra terapeutene og kan bidra til at motstanden hos foreldrene minker. Når terapeuten skal innføre nye ferdigheter kan foreldrene øve på de nye strategiene ved hjelp av rollespill. Gjentatte øvelser gir en trygghet når de skal prøve ut de nye handlingsalternativene hjemme. De vet også bedre hva som venter dem, når de har øvd på hva som kan oppstå og hvordan de skal takle det. Rollespill aktiverer følelsene i større grad enn refleksjon, noe som gir mer engasjement og økt sensitivitet i forhold til samspillsmønstre med eget barn (Apeland, 2014). Rollespill gir dermed en fin mulighet til å øve på å regulere følelser, noe som kan bidra til at foreldrene blir mer utholdende i vanskelige situasjoner hvor barnet trapper opp sin motstand mot å samarbeide. Det at foreldrene klarer å følge den ikke-aversive handlingsplanen vil bidra til at situasjonene ikke eskalerer med bruk av unødvendig streng straff og på sikt vil foreldrene bli mer konsekvente i grensesettingssituasjonene.

De nye strategiene kan være uvante og foreldrene kan ha lav tro på at de får det til. Foreldrene responderer ofte med at det ikke nytter, jeg har prøvd, barnet mitt er umulig osv, noe som er et tegn på at foreldrenes motstand øker. I tillegg til dialog og rollespill må terapeuten prøve å finne ut hva motstanden til foreldrene bunner i.

Dybdeintervjuer har blitt gjennomført i en hovedoppgave av 7 familier som deltok i den norske effektstudien av PMTO. Foreldrene beskriver økt selvtillit og mestringsfølelse i foreldrerollen som et resultat av behandlingen. I tillegg til at de rapporterer om utvidet forståelse av samspillet og egen rolle i dette, trekkes samarbeidsalliansen frem som betydningsfull for foreldrenes motivasjon til å gjennomføre behandlingen (Aartun & Tisløv, 2009 i Apeland, 2014).

PMTO har utarbeidet strategier for å forebygge og redusere sannsynligheten for motstand gjennom en samarbeidsallianse som skal styrke foreldrenes håp, mestringstro ved omfattende støtte og ved bruk av rollespill. PMTO skiller seg fra mange andre behandlingsmetoder gjennom å benytte rollespill i tillegg til refleksjon og dialog. Patterson og Forgatch (2010) antar at fokuset på selve behandlingsprosessen samt det å skape en støttende relasjon mellom forelder og terapeut, er noe av det som skiller PMTO mest fra andre foreldretreningsprogrammer, og noe som også bidrar til at metoden har oppnådd gode resultater i behandlingen av barns atferdsvansker.

7 PMTO – evidensbasert metode og resultater

For at et tiltak skal kunne kalles en behandlingsmetode, er det en forutsetning at tiltaket har en tilsiktet positiv effekt. Det finnes eksempler på tiltak som er satt igang uten at det foreligger tilstrekkelig dokumentasjon på om tiltaket virker på det den faktisk skal. Noen ganger virker tiltakene også mot sin hensikt. Utgangspunktet for evidensbevegelsen er å stille krav til behandlingsprogrammer om å kunne vise til dokumentert effekt gjennom vitenskapelig utprøving (“evidence based programs”). En påstand om at behandling virker må begrunnes og sannsynligjøres. Det vanligste er å undersøke direkte hvilken effekt metoden har på det problemet behandlingen søker å løse eller redusere. Et forskningsdesign som er mye brukt når det gjelder å finne effekt av behandling av atferdsvansker er randomisert kontrollstudie. Dette kapittelet dreier seg rundt spørsmålet: Hva dokumenterer at PMTO-behandlingen virker?

7.1 Evidensbasert metode

For å få gode svar på om en behandlingsmetode virker, må man undersøke om metoden har ønsket og tilstrekkelig effekt. Når vi kan si at PMTO er en evidensbasert metode er det på grunnlag av at den har vist gode og signifikante resultater gjennom grundige undersøkelser som har strenge krav til evidens. Tilhengerne av evidensbasert metode er opptatt av at behandlingsprogrammer skal ha dokumentert effekt gjennom vitenskapelig utprøving for å bevise at behandlingen virker (Jakobsen & Solholm, 2014). Det er mange hensyn å ta i forskning for at studien og resultatene skal være gyldige og representative, som feks hvor stort utvalg man har, hvem som er i utvalget, måten man har hentet inn data på, hvordan begrepene er operasjonalisert og målt og om studien måler effekten av tiltaket. Et forskningsdesign som møter disse utfordringene er randomisert kontrollstudie. Deltakerne blir her kartlagt med anerkjente mål før behandlingen for å sikre at de oppfyller kravene for deltakelse. Dette blir utgangspunktet for å måle effekten av behandlingen ved at målene sammenliknes mot svarene man får i testen etter behandlingen. På denne måten får man et godt grunnlag for å si om behandlingen sannsynligvis har forårsaket endringen. Randomisert kontrolldesign er ansett som den beste måten å måle effekt av et behandlingsprogram eller tiltak. Kontrollgruppe benyttes for å se om det er noen forskjell i gruppene som får metoden og de som får en annen behandlingsmetode. Disse blir tilfeldig utvalgt ved hjelp av

loddtrekning og gjør at deltakerne blir tilfeldig fordelt på de ulike gruppene. Randomiserte studier er et foretrukket design for å få et best mulig sammenligningsgrunnlag for å si om en behandlingsmetode er bedre enn en annen behandlingsmetode. Det er viktig at studien kan bli gjentatt av andre forskere og i en annen setting for å minske sannsynligheten for at placeboeffekter og relasjonelle effekter har innvirkning på forskningsresultatene. Ved å gjenta sammenliknbare behandlingsmetoder får man et grunnlag for å kunne sammenstille flere studier opp mot hverandre. Ved hjelp av metaanalyser kan vi sammenlikne behandlingsresultater fra ulike studier. Dette kan gi oss svar på hvilke risikofaktorer som sannsynliggjør utfall, hvilke kjennetegn ved klienten som hemmer eller fremmer endring og hva ved behandlingen som medfører endring. Metaanalyser har blitt en viktig del av kunnskapsbasen om et fenomen da det finnes avanserte analysemetoder for å trekke hovedfunn på tvers av studier. Det legges til grunn i den evidensbaserte praksistradisjonen at metaanalyser gir mer generaliserbare funn enn en enkelt studie alene gjør (Jakobsen & Solholm, 2014).

Hva har PMTO dokumentert av effekt gjennom både randomiserte undersøkelser og metaanalyser?

7.2 Internasjonal forskning

Jeg går ikke i detalj på den internasjonale forskningen som er gjort, da oppgavens hovedanliggende er hva slags effekt metoden har hatt på norske barn. Det er likevel relevant å nevne hvilke resultater behandlingen har hatt internasjonalt før den kom til Norge.

Ulike studier av forebyggende tiltak er gjennomgått av Patterson og Forgatch (2010) og studiene viser forbedring på en lang rekke områder. Foreldrepraksis, bedre lærervurderinger av tilpasningen og eksternaliserende atferd på skolen, redusert tilknytning til antisosiale venner og færre arrestasjoner. PMTO ble tidligere brukt i forhold til atferdsvanskelige barn også over 12 år, men ettersom studier viste seg at den var mer effektiv overfor barn enn ungdom brukes nå intervensjonen kun overfor barn som er yngre enn 12 år (Solholm et al., 2005). PMTO har også hatt effekt på eldre barn men til denne gruppen har man utviklet en modell, Treatment Foster Care (TFC) der atferdsvanskelige ungdommer, biologiske foreldre og fosterforeldrene får systematisk veiledning i tråd med PMTO-prinsippene. Randomiserte designstudier har funnet studier som konkluderer med: kortere plasseringstid utenom

hjemmet, færre plasseringer utenom hjemmet, færre arrestasjoner, mindre selvrapportert kriminalitet, endringer i foreldrestil, større sannsynlighet for gjennomføring av behandling og bedring i tilknytning (Forgatch & Patterson, 2010). De siste 20-30 årene har det kommet et betydelig antall studier som har undersøkt effekten av ulike behandlingsmodeller på barns atferdsvansker, noe som har gitt grunnlag for slike metaanalyser. Metaanalysene har forskjellige formål og de inkluderer ulike studier i forhold til hva som er formålet og kan derfor være vanskelig å trekke noen entydige konklusjoner. De konklusjonene man likevel kan trekke av metaanalysene når det gjelder behandlingsmodeller på barns atferdssvansker er at effekten er størst hos de behandlingsmodeller som retter seg mot atferdsorienterte foreldreprogrammer. Effekten er størst når det gjelder endring av foreldreferdigheter men foreldreprogrammene har også større effekt på barnas atferdsvansker enn andre behandlingsprogrammer (Dretzke 2009, Maughan 2005, Lundahl ref i Jakobsen & Solholm, 2014). Analyser viser videre at effekten er størst hos de barna som har store atferdsvansker ved oppstart og hos de yngre barna. Hos foreldrene ser man en bedre effekt hos de foreldrene som i utgangspunktet har en streng oppdragelsesstil (Reyno & McGrath, 2006). Metaanalyser har vist at positiv involvering og proaktive foreldreferdigheter står sentralt samt bruk av milde kontingente negative konsekvenser (Kaminski , Valle, Filene, & Boyle, 2008). Patterson fant at disiplin og tilsynsegenskaper forklarer omtrent tre ganger så mye av variansen i resultatet av redusering av atferdsvansker enn de andre tre hovedkomponentene: positiv involvering, problemløsning og oppmuntring/ belønning. Alle de fem foreldreferdighetene er viktige men de to førstnevnte ferdighetene ser ut til å ha ekstra stor betydning i redusering av utagerende atferdsvansker (Patterson ref. i Ogden & Amlund-Hagen, 2008). Reyno og McGrath (2006) fant at kontekstuelle forhold som lav sosioøkonomisk status (aleneforeldre, familier med lav inntekt og lavt utdanningsnivå) hadde dårligst effekt av foreldretrening generelt. Lundahl og kolleger fant i tillegg at foreldre med lav sosioøkonomisk status proffiterte på å motta individuell foreldretrening fremfor gruppeintervensjon (Lundahl ref. i Ogden & Amlund-Hagen, 2008). I en serie av studier har Kazdin funnet at forhold som sosial støtte og samarbeidsallianse påvirker utfallet av behandlingseffektivitet positivt (Kazdin ref i Ogden & Amlund Hagen, 2008).

Selv om PMTO har gode resultater fra USA er det ikke dermed sagt at den vil ha det i Norge. Metoden må prøves ut og testes empirisk i den norske konteksten for å få svar på om den har like god effekt i Norge.

7.3 Forskning på PMTO i Norge

7.3.1 Individuell intervensjon

Atferdssenteret i Oslo gjennomførte en effektstudie i 2001 for å evaluere om barn med atferdsvansker hadde utbytte av PMTO (Ogden & Amlund-Hagen, 2008). Metoden som ble brukt var randomisert kontrollstudie. Familiene som skulle motta PMTO-behandlingen ble valgt på bakgrunn av loddtrekning. Resten av utvalget fikk annen behandling, som familierapi, Marte Meo metoden, kognitiv terapi eller humanistisk terapi. Utvalget besto av foreldre til 112 barn i alderen 4-12 år. Gjennomsnittsalderen var 9 år. I dette utvalget var det 90 gutter og 22 jenter, og barna kom fra hele landet. 80 % av barna var av norsk opprinnelse. Alle barna var henvist av sine familier til helsetjenesten for atferdsvansker.

Eksklusjonskriterier var psykisk utviklingshemming, som autisme eller mental retardasjon, dokumentert seksuelt misbruk eller foreldre som hadde alvorlig mental retardasjon eller psykopatologi. 33 PMTO-terapeuter og 51 andre terapeuter deltok. Målet med studien var å evaluere effekten av PMTO i et nasjonalt utvalg. Barns utagerende atferd, sosial kompetanse, foreldreferdigheter og opplevelsen av behandlingen ble undersøkt. Hele utvalget ble kartlagt med Child Behavior Checklist for foreldre og Teacher Report Form for lærere før behandlingen. I tillegg ble en strukturert samspillsoppgave filmet på video og scoret etter et kodeverk som er utviklet ved OSLC. Ut fra de standardiserte måleinstrumentene hadde barna moderate til store atferdsvansker. Barna scoret tre standardavvik over den normerte gjennomsnittscoren for norske barn. Posttest ble gjennomført i etterkant av behandlingen. Av de 112 familiene var det 97 av dem som deltok i posttesten, det vil si kartleggingen etter behandlingen. Som vi kan se var det lite frafall i studien. Den viste at begge gruppene hadde redusert barnas utagerende atferdsvansker. PMTO-barna viste betydelig mindre vansker enn kontrollbarna, ifølge resultatene fra foreldre-skjemaet. Endringen var signifikant størst hos barn under 8 år. Et annet viktig funn var at lærerne rapporterte høyere sosial kompetanse for

PMTO-barna enn kontrollgruppen etter endt behandling. Dette er i motsetning til foreldrene i PMTO gruppen som skårte barna sine nesten likt på sosial kompetanse fra pretest til posttest, dvs. ingen betydelig endring. Ved hjelp av observasjonsdata ble foreldreferdigheter og endringer i disse også undersøkt. PMTO-foreldrene hadde bedre grensesettingsferdigheter etter endt behandling enn foreldrene i kontrollgruppen. Foreldrenes bedre ferdigheter hadde betydning for barnas samarbeidsevner, lydighet og utagerende atferd. Når det gjaldt positiv involvering viste studien ingen forskjell mellom gruppene. Tilsynsferdigheter hos foreldrene var bedre i PMTO-gruppen hvor barna var under 8 år, men for barna over 8 år var det nesten likt som kontrollgruppa. Foreldrene i kontrollgruppen scorede bedre på problemløsningsferdighet enn PMTO-gruppen, men PMTO-foreldrene var betydelig mer fornøyd med behandlingen enn kontrollforeldrene (Ogden & Amlund-Hagen, 2008). Dybdeintervjuer ble i en hovedoppgave utført av Aartun & Tisløv av 7 foreldre i studiens utvalg. De fant at foreldrene opplevde behandlingen som vellykket. De beskrev økt selvtilit og mestringsfølelse i foreldrerollen som et positivt resultat av behandlingen. Utvalget i denne studien er for lite til å være valid men understøtter andre funn fra studier av PMTO vedrørende behandlingstilfredshet og viktigheten av at foreldrene får økt myndighet og mestringsfølelse. For å oppsummere effektstudien bidro PMTO-behandlingen til å redusere barnas utagerende atferdsvansker, øke deres sosiale kompetanse og øke foreldrenes grensesettingsferdigheter.

7.3.2 Ett-års oppfølgingsstudie

Ett år etter endt behandling ble det gjennomført en oppfølgingsstudie (Amlund-Hagen, Ogden & Bjørnebekk, 2011). 75 av effektstudiens 112 familier deltok, hvilket betyr at det var frafall på 37 familier. Disse var fordelt likt på kontrollgruppa og PMTO-gruppa og dette hadde ingen signifikant betydning. Studien tok sikte på å finne langtidsvirkninger av PMTO-behandlingen og om atferdsendringene holdt seg like godt uten terapeutisk hjelp og støtte. I toforeldrefamilier ble det observert mindre negativ samhandling (aversiv atferd) i observasjonen fra samspillssituasjonen for PMTO-familiene enn kontrollfamiliene. Familiene i PMTO-gruppen scorede signifikant høyere på familiesamhold. Effektive disiplineringsferdigheter predikerte signifikant mindre aggresjon hos barna. De positive endringene som PMTO-gruppen hadde når det gjaldt foreldreferdigheter og familiesamhold viste seg å være viktige forklaringsvariabler for barnas bedring ett år etter endt behandling. Lærerne rapporterte om mindre bruk av aggressiv atferd i klasserommet og rapportert om

større reduksjon i atferdsvansker hos barna i PMTO-gruppen enn barn i kontrollgruppen. Lærerne rapporterte også her, som i effektstudien, at barna i PMTO-gruppen hadde økt sosiale ferdigheter. Disse var tre ganger så store som kontrollgruppen. Foreldrene i PMTO gruppen rapportert overraskende ingen signifikante forskjeller i barnas atferdsvansker fra pretest til posttest. Dette gjaldt både for totalscoren for atferdsvansker og i delscoren for både aggresjon og antisosial atferd. Til tross for positive resultater i favør PMTO gruppen, konkluderer Amlund-Hagen, Ogden og Bjørnebekk (2011) at resultatene må anses som beskjedne og at det er behov for ytterligere forskning på hvorfor enkelte familier ikke har like god effekt av behandlingen.

7.3.3 Gruppeintervensjoner

Det er også foretatt to randomiserte studier av PMTO i Norge som er tilpasset til å være gruppeintervensjoner. Den ene presenterer er tilpasset fosterforeldre og den andre er tilpasset for mødre med etnisk minoritetsbakgrunn. Disse intervensjonene foregår som gruppebehandling og ikke som individuell behandling, og er lagt opp til kurs med færre timer totalt og av kortere behandlingsvarighet over tid enn individuell PMTO (Jakobsen & Solholm, 2014).

Det er utviklet et kurs for fosterforeldre med utgangspunkt i PMTO. I denne intervensjonen for fosterforeldre besto kurset av ni kursdager fordelt på en tre-fire måneders periode. Gruppetimene var strukturerte som PMTO-timene men i et mindre format. Timene besto av fellesundervisning (korte introduksjoner, dialog og modellering som i demonstrasjonsrollespill), smågruppeøvelser (rollespill og tilbakemelding) og hjemmeoppgaver (praktisk utprøving). Kurset er utviklet for fosterforeldre til barn som viser tegn til begynnende atferdsproblemer. Fosterforeldrene opplevde barnas atferd som et betydelig problem når det gjaldt halvparten av guttene og 40 % av jentene. Fosterforeldrene viste imidlertid en tendens til å vurdere barnas atferdsvansker i mindre omfang og grad sammenlignet med hva resultatene fra kartleggingsinstrumentene viste og hva disse regner som betydelig atferdsavvik. Behandlingen ble vurdert med fire datainnsamlingstidspunkt; før kursstart og etter 6, 12 og 24 måneder. Det at det ble lagt opp til flere innsamlingstidspunkt etter at behandlingen var over er en styrke ved studien, selv om dette innebærte et noe større frafall i deltakere av studien. Totalt deltok 83 fosterfamilier og disse kom fra alle regioner i Bufetat. For utvalget som helhet viste det seg å være få signifikante forskjeller mellom

PMTO-gruppen og kontrollgruppen når det gjaldt endringer i eksternaliserende atferd. Analysene viser at endringene i atferdsvansker indikerte positive endringer i favør PMTO-gruppen. Det viste seg at underutvalget av barn med høy risiko viste flere signifikante forskjeller i reduksjonene av barnas atferdsvansker i favør PMTO-gruppen. På et av målene, (ECBI intensitetsskåre), viste PMTO-gruppen en signifikant forbedring enn kontrollgruppen. Hovedfunnene i denne studien var at det for fosterbarn med høy risiko for å utvikle atferdsvansker var det entydig funn i retning av mindre atferdsvansker, økte sosiale ferdigheter og bedre tilpasning til fosterfamiliene. Effektene var størst den første tiden etter kurset, men var noe avtakende etter ett år. I lærernes vurderinger av fosterbarna var det ingen endring i fosterbarnas sosiale ferdigheter i skolen, men det ble heller ingen forverring slik noen fosterforeldre i kontrollgruppen opplever det. Barn med høy risiko når det gjaldt atferdsvansker, profiterte mest på kurset. Foreldrenes vurderinger av kurset var også positive, og ingen av fosterforeldrene hadde negative beskrivelser når det gjaldt kursets omfang, struktur eller innhold. Foreldrene etterspurte oppfølgingssamlinger eller veiledningsgrupper i etterkant av kurset (Jakobsen & Solholm, 2009). Dette kan bety at kurset ble opplevd som treffende og gyldig i forhold til de utfordringene fosterforeldrene opplever med fosterbarna og at det er behov for videre støtte og hjelp i denne prosessen.

PMTO-modellen for mødre med etnisk minoritetsbakgrunn er utviklet ved Atferdssenteret i Oslo. Dette er et tilpasset som et kurs for mødre fra ulike etniske minoriteter som har barn, mellom fire og åtte år, som viser tegn til atferdsvansker eller som står i fare for å utvikle dette. Kursene har 18 samlinger hvor timene varer i to timer hver gang og de foregår over en periode på åtte måneder. Også her var timene lagt opp med innhold og øvelser som samsvarer med PMTO-prinsippene, men med en tilpasning som innebar å være kultursensitiv. Effekstudien av dette kurset ble gjennomført i Oslo mellom 2007 og 2009 og kursene effekstudien ble valgt fra, var somaliske og pakistanske mødre, boende i Grorud og Søndre Nordstrand bydel. Totalt deltok 96 mødre, med henholdsvis 50 som fikk PMTO-tilpasset kurs og 46 i kontrollgruppen. Mødrene ble organisert i grupper på åtte til ti deltakere og de var inndelt etter samme etniske bakgrunn. Effektene fra studien var at PMTO-mødrene rapporterte større økning i positive foreldreferdigheter og en redusering av strenge og hardhendte grensesettingsmetoder etter kurset enn kontrollforeldrene. Analysene viste at de endrede foreldreferdighetene medierte endring i barnas atferdsvansker. Effekten var uavhengig av hvor mødrene kom fra, og PMTO foreldrene hadde positive opplevelser av av å

delta på kurset og kursets innhold og oppbygning (Bjørknes, Kjøbli, Manger og Jakobsen, 2012).

8 Drøfting av studiene

Når man ser på gruppene totalt sett ser vi at barnas atferdsvansker blir redusert ved at foreldrene mottar PMTO-behandling. De blir også vurdert til å ha bedre sosiale kompetanse, da spesielt av lærerne, i etterkant av behandlingen. Når man deler gruppene i den norske effektstudien med grupper av over og under 8 år ser man at barn under 8 år har et betydelig større utbytte av behandlingstiltaket enn de over 8 år. Dette viser at PMTO-behandlingen er et effektivt tiltak for de yngre barna og understreker betydningen av å komme tidlig inn med behandling. Funnet er også i tråd med internasjonale studier som viser at den er mer effektiv på de yngre barna (Reyno & McGrath, 2006). Men et spørsmål som reiser seg er: hvorfor profiterer ikke barn over 8 år like bra på behandlingstiltaket som de yngre barna?

Nå er det ikke slik at barn over 8 år ikke har effekt av behandlingen. Disse barna viste også bedre resultater i reduksjon i problematferd enn kontrollgruppen som også fikk behandling rettet mot atferdsvansker. Men spørsmålet som stilles er snarere hvorfor den ikke er like effektiv som for barn under 8 år. Teorien bak metoden er at atferdsvanskene oppstår og utvikles ved negativt samhandlingsmønster i familiene i form av tvingende samspill. PMTO-behandlingen sikter mot å bryte dette samhandlingsmønsteret. En mulig årsak som kan trekkes frem er at jo lenger dette mønsteret har fått vedvare desto vanskeligere er det å bryte. Når dette mønsteret har vedvart og barnet blir eldre, har barnet fått lang erfaring i å lære seg hva som lønner seg for å slippe unna ubehagelige krav. Det har blitt negativt forsterket i å vinne maktkampene og konflikter på en uheldig måte (Patterson, 1982).

I studier av PMTO- behandling internasjonalt, og nasjonalt, både individuell og gruppeintervensjoner ser vi at grensesettingferdigheter skiller seg ut som den foreldreferdigheten som ser ut til å ha størst betydning og som predikerer reduksjon i barnas atferdsvansker. Ikke bare hjelper PMTO med å øke forekomsten av grensesetting, den ser også ut til å minske hardhendt disiplinering som vi så i Bjørknes og kollegers (2012) studie med flerkulturelle mødre. Dette er i samsvar med Reyno og McGrath (2006) sin metaanalyse.

I oppfølgingsstudien av Amlund-Hagen, Ogden & Bjørnebekk (2011) så vi at særlig familier med to foreldre reduserte aversiv atferd. Dette er et hovedmål for PMTO-behandlingen. Det at aleneforeldrene ikke ser ut til å profitere like godt på dette kan ha sin årsak i at foreldrene lettere kan støtte seg på hverandre og være to om "prosjektet". Det er i internasjonale

undersøkelser også vist at undergrupper av familier med en forelder, lav økonomisk status og lavt utdanningsnivå påvirker effekten av foreldrebehandling negativt og at denne gruppen profitterer mer på individuell behandlingsform en gruppeintervensjon (Lundahl ref. i Ogden & Amlund-Hagen, 2008). Individuell behandling gir muligheten til å kunne tilpasse behandlingen mer til familiens særegne behov samt at det er lettere å inkludere barnet i behandlingen, noe Boyle fant til å være forbundet med positivt utfall (Boyle ref. i Kjøbli et al., 2012).

I effektstudien kunne vi se at kontrollgruppen scorete høyere på problemløsningsferdigheter enn PMTO-gruppen. Dette er en av de fem hovedferdighetene behandlingen tar sikte på å trene foreldrene i. Terapeuten kan selv velge når detteskal presenteres i behandlingen da den ikke har en fast plass i rekkefølgen av ferdigheter. Det er likevel presisert i PMTO-manualen at ferdigheten skal presenteres etter både oppmuntring og grensesetting (Askeland et al., 2004). Denne ferdigheten skal utvikle evnen til samarbeid ved å inkludere barnet i viktige avgjørelser, og lære å løse problemer i felleskap. Her læres viktige sosiale egenskaper som å si sin mening, lytte til andre, vente på tur og å inngå kompromisser. De eldre barna scorer høyere på denne ferdigheten, og årsaken til det er sannsynligvis at de har bedre kognitive forutsetninger for å få et bedre utbytte av at foreldrene tar i bruk en slik strategi. Terapeutene i PMTO skal tilpasse ferdighetene til den enkelte families behov. Problemløsning er en av de fem kjerneferdighetene det trenes på i PMTO og det kan reises et spørsmål om hvorfor kontrollgruppen viste bedre problemløsningsferdigheter. Det kan være fruktbart å analysere hvorfor kontrollgruppen fikk bedre resultater enn PMTO-gruppen. Det er hensiktsmessig å forsøke å finne ut hvorfor PMTO-foreldrene ikke hadde like stort utbytte som kontrollgruppen.

PMTO tar ikke hensyn til ulike aldersutfordringer spesifikt. Alle foreldrene lærer de samme foreldreferdighetene, selv om terapeutene skal tilpasse disse til foreldrenes behov. Studiene viser som nevnt at det er de eldre barna over 8 år som profitterer minst ved behandlingen. Når barna blir større kan det tenkes at tilsynsferdigheter

Vi ser i både effektstudien og oppfølgingsstudien at lærerne rapporterer om økte sosiale ferdigheter. Samtidig rapporterer ikke foreldrene like stor økning i sosiale ferdigheter. Med tanke på at barnas økte sosiale ferdigheter sannsynligvis er et resultat av foreldrenes endrede

strategier, står det uklart hvorfor lærerne rapporterer høyere økning i sosial kompetanse enn foreldrene. Kan dette tyde på at de endringene foreldrene gjennomgår gir en overføringsverdi for barnet da de sosiale ferdighetene vises i arenaer utenfor familien? Kan dette tyde på at foreldrene strever med å skille ut positive sosiale ferdigheter hos barnet? Som jeg har nevnt tidligere har foreldre med atferdsvansker en tendens til å overklassifisere problematferd; de anser mer av nøytral atferd som problematferd. PMTO tar riktignok sikte på å lære foreldrene å identifisere problematferd, nøytral atferd og positiv og ønsket atferd. Det er uklart hvorfor det var forskjell i lærerens og foreldrenes vurderinger av barna når det gjaldt sosiale ferdigheter. Det kan være interessant videre å studere eventuelle forandringer i foreldrenes attribuering av barna før og etter PMTO-behandling.

I oppfølgingsstudien (Amlund-Hagen et al., 2011) kunne vi se en signifikant forskjell i reduksjonen av aversiv atferd i familier med to foreldre. I familier med to foreldre kan foreldrene støtte seg til hverandre og ha en annen voksenperson å drøfte det som foregår i familien med. I familier med to foreldre kan foreldrene bekrefte hverandres avgjørelser dersom de samarbeider godt. De kan støtte og påminne hverandre i motsetning til familier med bare en forelder, der den voksne fort kan føle seg mer alene om prosjektet. Forskning, både internasjonalt og nasjonalt, har vist at kontekstuelle faktorer påvirker behandlingsutfallet der lav sosioøkonomisk status (familier med en forelder, lav utdanning og lav økonomisk status) er en slik faktor. Det at aleneforeldre ser ut til å oppnå lavere utbytte av behandlingen enn familier to foreldre (pga mindre aversiv atferd) må studeres nøyere. En antydning er at foreldre ser ut til å proffitere bedre på individuell behandling fremfor gruppeintervensjon. Forskning bør søke å finne ut hvordan behandlingen kan tilpasses til risikogruppen med lav sosioøkonomisk status ytterligere for å oppnå bedre resultater også med denne gruppen. Familiesamhørigheten hadde en signifikant økning i den samme studien, til forskjell fra sammenligningsgruppen. Dette predikerte ikke mindre tvingende samspill signifikant men forskerne finner resultatet lovende nok til å peke mot videre studier i rollen av samhold i familien i foreldreprogram (Amlund-Hagen et al., 2011) .

9 Oppsummering

Problemstillingen i denne oppgaven var “ hva er utagerende atferdsvansker og hvordan kan PMTO-behandling redusere barnas atferdsvansker?

Jeg har redegjort for hvordan utagerende atferdsvansker fortoner seg ved å beskrive generelle vansker, samt alvorlige vansker som klassifiserer innenfor diagnosekriterier i både diagnosesystemene DSM og ICD. Alvorlige atferdsvansker dreier det seg om aggresjon, norm og regelbrytende atferd. Barna er vedvarende ulydige, får rasieriutbrudd, har et heftig sinne, er uvanlig bråkete eller går løs på andre fysisk. Atferden innebærer trassig og ulydig atferd man finner hos de fleste barn fra tid til annen, men i et langt større omfang som skiller seg fra vanlige sosiale forventninger. Alvorlige atferdsvansker klassifiseres som et mønster som varer over tid og kan innebære atferd av alvorlig karakter f.eks. kriminalitet. Det er lagt vekt på å forstå både kontekstuelle og individuelle faktorer ved utvikling og opprettholdelse av vanskene, da i form av risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer.

Jeg har valgt å ta for meg Parent Management Training da dette er en evidensbasert metode som har blitt implementert i Norge i løpet av de siste 15 årene. Metoden er utviklet av Gerald Patterson og kolleger fra Oregon Social Center og har vært influert av sosialinteraksjonistisk læringsteori. Metoden fokuserer på samspillet i nære relasjoner og forklarer at barns atferdsvansker utvikles og opprettholdes av tvingende samspill i familien. Behandlingen har som mål å bryte det tvingende samspillet og fremme positivt samspill mellom foreldre og barn gjennom å endre foreldrenes atferd. Behandlingen trener foreldrene i noen tydelige definerte foreldreferdigheter som gjennom forskning har vist seg å være effektive for å redusere atferdsvansker og fremme sosiale ferdigheter. Jeg har også presentert hvilke utfordringer terapeutene møter på når det gjelder foreldre av barn med atferdsvansker og hvordan terapeutene jobber for å få foreldrene gjennom denne endringsprosessen på en god og effektiv måte.

Jeg har hovedsakelig presentert forskningsresultater av PMTO som er utført i Norge. Disse er sammenlignet mot internasjonal forskning. Forskningen viser at de foresatte er viktige aktører både i tiltak som fokuserer på tidlig intervensjon og tiltak som retter seg mot ungdom med alvorlige atferdsproblemer. Undersøkelsene viser at det evidensbaserte behandlingsprogrammet PMTO kan bidra til at foreldrene blir mer kompetente og trygge i

rollen som oppdragere og møte barna sine på mer hensiktsmessige måter. Det fører til færre konflikter, bedre samhold i familien og en reduisering av utagerende atferdsvansker. Spesielt ser grensesettingsferdigheter ut til å redusere barnas utagerende atferdsvansker.

Langtidsvirkningene synes å være positive men beskjedne som vi så i ett-års oppfølgingsstudien. Dette tyder på at foreldrene opplever en viss positiv utvikling, selv uten terapeutisk hjelp og støtte. Foreldrene registrerte ikke selv en økning i sosiale ferdigheter, noe som kan ha bakgrunn i underliggende faktorer i tvingende samspill, som feks at foreldrene overklassifiserer negativ atferd. Det må forskes mer på hvorfor foreldrene ikke opprettholder ferdighetene i like stor grad uten terapeutisk hjelp og støtte.

Studiene viser at det er viktig å komme igang tidlig med behandling da yngre barn (under 8) profiterer bedre på behandling enn de eldre (over 8 år). Det gir en praktisk implikasjon av at det kan være nødvendig å henvise barn som viser tidlige tegn til antisosial atferd og utagerende atferdsvansker til videre utredning og eventuelt tilbud om intervensjon.

Viktigheten av å være tidlig ute med forebygging og behandling betyr at kunnskap om hvilke risikogrupper og hva slags atferd som klassifiserer for utredning og behandling må gjøres tilgjengelig i aktuelle instanser som skole, barnehage og rådgivende instanser. Videre må selve behandlingstilbudet bygges ut slik at tilbudet blir mer tilgjengelig og at implementeringskvaliteten opprettholdes. Behandling må bli tilpasset familiens behov i forhold til hvilke risikofaktorer som er tilstede i barnets og familiens liv.

Generelt ser det ut til være behov for å forske videre på sammenhengen mellom foreldreatferd og barns utvikling og videre studier som tar for seg hva som hemmer og fremmer vellykket klinisk behandling. Dette kan gjøre behandlingen mer effektiv ved at den hjelper flere barn og familier og være mindre kostnadskrevende for samfunnet.

Litteraturliste

Aartun, K.R. & Tisløv, I.S. (2009): *Fra kaos til samarbeid. En kvalitativ studie av foreldres opplevelse av Parent Management Training – Oregonmodellen*. Hovedoppgave. Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt

Apeland, Anett (2005). Parent Management Training – Oregonmodellen: Allianse og samarbeid. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 42, nummer 7, side 611-616

Apeland, Anett (2014). Sentrale terapeutiske prosesser. I: Askeland, E., Apeland, A. & Solholm, R. (red), *PMTO - Foreldretrening for familier med barn med atferdsvansker*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Apeland, A. & Askeland, E. (2014). Metodens innhold og behandlingsforløp. I: Askeland, E., Apeland, A. & Solholm, R. (red), *PMTO - Foreldretrening for familier med barn med atferdsvansker*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Amlund-Hagen, K., Ogden, T. & Bjørnebekk, G. (2011). Treatment Outcomes and Mediators of Parent Management Training: A one-year Follow up of Children with Conduct Problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40: 2, 165-178

Askeland, E., Christiansen, T. & Solholm, R. (2004). *PMTO-håndbok*. Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis. Oslo

Bjørknes, R., Kjøbli, J., Manger, T., & Jakobsen, R. (2012). Parent training among ethnic minorities: Parenting practices as Mediators of change in child conduct problems. *Family Relations, Volume 61, Issue 1, 101-114*.

Caspi, A. & Shiner, R. (2008). "Temperament and Personality". I: Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. & Thapar, A. (red), *Rutter's Child and adolescence psychiatry*. 5.utgave. Oxford: Blackwell Publishing.

Dishion, T. J. & Patterson, G. R. (2006). The development and ecology of antisocial behavior

in children and adolescents. I: D.Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*. 2 utg , 503-541. New York: Wiley & Sons.

Drugli, M. B.(2013). *Atferdsvansker hos barn: evidensbasert kunnskap og praksis*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

DSM –IV-TR (2004). *Mental disorders: diagnosis, etiology and treatment*. Chisester: John Wiley

Dybing & Stoltenberg (2006). *Kunnskapsoppsummering om barns helse og miljø*. Folkehelseinstituttet.

Forgatch & Patterson (2010). Parent Management Training – Oregon Model. An intervention for antisocial behavior in children and adolscents. I: J.R. Weisz og A.E. Kaazin (red), *Evidence-based psychotherapies for children and adolscents* (2 utgave). New York: The Guilford Press.

Forgatch, M.S., Rains, L. & Knutson, N.M.(2002) A course in PMTO. The basic OSLC Intervention Model (Vol 1, 2 & 3) Eugene, Oregon: Oregon Social Learning Center

Fretz, B & Gelso, C. (2001). *Counseling Psychology*. (2. utgave) USA Fort Worth, Texas Harcourt

Frønes, I. (2010). Kunnskapssamfunn, sosialisering og sårbarhet. I: Befring, E., Frønes, I. & Sørli, M-A (red), *Sårbare unge: nye perspektiver og tilnærminger*. Oslo: Gyldendal akademisk

Haugen, R. (2008). *Barn og unges læringsmiljø 3 – med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*. Kristiansund: Høyskoleforlaget.

Jakobsen, R. & Solholm, R. (2014) I: Askeland, E., Apeland, A. & Solholm, R.(red): *PMTO - Foreldretrening for familier med barn med atferdsvansker*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kaminski J.W., Valle, L.A., Filene, J.H. & Boyle, C.L. (2008) A Meta-analytic review of components associated with parent training effectiveness. *Journal of Pediatric Psychology*, 36, 567-589

Mofitt, T. E. & Scott, S. (2008): Conduct disorders of childhood and adolescence. I: Rutter, M.Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. & Thapar, A. (red) *Rutter's Child and adolescence psychiatry*. 5.utgave. Oxford: Blackwell Publishing.

Nordahl, T., Sørli, M-A., Manger, T, og Tveit, A. (2005): *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Teoretiske og praktiske tilnærminger. Bergen: Fagbokforlaget.

Norges forskningsråd (1998): *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Hva kan nyere viten fortelle oss? Hva slags hjelp trenger de?* Ekspertuttalelse etter konferansen 18.-19. september 1997 om tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelig og utagerende. Oslo: Norges forskningsråd

Ogden, T. (2009): *Sosial kompetanse og problematferd i skolen*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal akademiske forlag

Ogden, T., & Amlund-Hagen, K. (2008): Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway; A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76, 607-621

Ogden, Terje (2010) *Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom. Evaluering og implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer i Norge*. Avhandling til graden for doctor philosophiae (dr. philos). Bergen: Universitetet i Bergen

Patterson, G. R. (1982): *A social learning approach. Coercive Family Process*. Eugene, Oregon. Castalia Publishing Company

Patterson, G.R., Reid, J. B. & Eddy, J.M. (2002): A brief history of the Oregon Model. I: Reid, J.B., Patterson, G.R. & Snyder, J. (eds) *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for interventions*, 3-25 Washington DC, American Psychological Association

Patterson, G. R & Chamberlain, P (1994). A functional analysis of resistance during Parent Management Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, volum 1, side 53-70

Patterson, G.R. & Forgatch, M. (2000). *Å leve sammen. Foreldre og tenåringer –Det grunnleggende*. Del 1. Oslo: Pax Forlag

Patterson G.R. & Forgatch, M. (2010). Ny kunnskap om hvorfor det ofte er vanskelig å endre negative samhandlingsmønstre i familier. I: Befring, E., Frønes, I. & Sørli, M-A (red): *Sårbare unge: nye perspektiver og tilnærminger*. Oslo: Gyldendal akademisk

Patterson, G., Reid, J.B. & Dishon, T.J. (1992): A social interactional approach. *Antisocial boys*.

Reyno, A.M. & McGrath, P.J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing problems. A metaanalytic review. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 47, 99-111

Rye, H. (2002). *Tidlig hjelp til bedre samspill*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Solholm, R. (2014). Målgruppen – barn med atferdsvansker. Forekomst og forløp, risiko og årsak. I: Askeland, E., Apeland, A. & Solholm, R(red). *PMTO - Foreldretrening for familier med barn med atferdsvansker*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Skogen, J.C. & Torvik, A.F.(2013). Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge. Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Solholm, R., Askeland, E. Christiansen, T. og Duckert (2005). Parent Management Training – Oregon modellen. Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42 587-597

Sørli, M-A (2000). *Alvorlige atferdsproblemer og lovende tiltak i skolen*. Oslo: Praxis Forlag

Webster-Stratton, C. & Reid, M.J. (2010). The incredible Years Parents, Teachers and Children Training Series. A Multifaced Treatment Approach for Young Children with

Conduct Disorders. I: Weisz, J. & Kazdin, A.E. (red), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, 2. Utgave .New York: Guilford Publications.

Vedlegg